

証 明 書

_____年____月____日

公益財団法人 日本骨髄バンク
理事長 齋藤 英彦 ⑩

骨髄バンク事業に関する下記の手続きがなされたことを証明する。

1. 氏 名 _____

2. 期 間 自 _____年____月____日____時____分
至 _____年____月____日____時____分

3. 目 的 (✓印のつけたもの)

- 確認検査等に関するコーディネーターからの説明
- 確認検査のための採血
- 骨髄採取／末梢血幹細胞採取に関するコーディネーターからの最終説明および同意書の作成
- 骨髄採取／末梢血幹細胞採取前の健康診断
- 骨髄採取時に用いる自己血保存のための採血
- 末梢血幹細胞採取前の顆粒球コロニー刺激因子 (G-CSF) の注射
- 骨髄採取／末梢血幹細胞採取に伴う入院
- 骨髄採取／末梢血幹細胞採取後の健康診断
- その他

(具体的に _____)

4. 場 所 _____