

(様式 4 事後申請用)

**佐藤きち子記念
「造血細胞移植患者支援基金」助成申請主治医推薦状**

記入年月日 20 年 月 日

患 者 名 _____

患者生年月日 (西暦) _____

病 名 _____

病 状 経 過 、 移 植 を 必 要 と す る 理 由 (移植日 20 年 月 日)

ドナーの種別(血縁 ・ 非血縁 ・ 自家)

移植方法(骨髄 ・ さい帯血 ・ 末梢血幹細胞)

病 院 名 _____

診 療 科 名 _____

主 治 医 名 _____ (自署)

推薦状の文書料については特段のご配慮をいただければ幸いです。

2021.5
