

(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 _____ (自署または記名押印)

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。

2026.9