

様式第2号

## 小児慢性特定疾病児童等に係る臓器移植等実施証明書

1 対象者(臓器移植等を受けた者)

名前		生年月日	年	月	日
住所	福山市				

2 実施した臓器移植等の種類(該当するものに☑してください。)

<input type="checkbox"/> 心臓移植 <input type="checkbox"/> 肺移植 <input type="checkbox"/> 肝臓移植 <input type="checkbox"/> 腎臓移植 <input type="checkbox"/> 膵臓移植 <input type="checkbox"/> 小腸移植 <input type="checkbox"/> 眼球移植
<input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植

3 臓器移植等の実施に要した入院期間  
(連続した入院であって、術前の検査及び術後の経過観察等に要した期間を含む。)

年	月	日	～	年	月	日
---	---	---	---	---	---	---

上記のとおり、当院において臓器移植等を実施したことを証明します。

年 月 日

【医療機関】

所在地

\_\_\_\_\_

名称

\_\_\_\_\_

医師名前

\_\_\_\_\_

㊟