

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。)

☐ 心臓移植	☐ 肺移植	☐ 肝臓移植	☐ 腎臓移植	☐ 膵臓移植	☐ 小腸移植	☐ 眼球移植
☐ 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

⑨