

認定ドナーコーディネーター 推薦書

(西暦) 年 月 日

認定ドナーコーディネーター協議会 会長 御中

以下の者は、当院において臓器提供に関係する活動を主体的に行っており、かつ臓器提供に対する知識を豊富に有していますので、認定ドナーコーディネーター養成プログラムの開始にあたり、ここに推薦いたします。

なお、認定ドナーコーディネーターとして認定された場合には、活動及び登録情報を臓器あっせん機関及び厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課移植医療対策推進室に提供することに同意します。

また、被推薦者が認定ドナーコーディネーター養成プログラム開始登録申請書(様式1)に記載した内容に相違がないことを併せて証明いたします。

<被推薦者>

氏名: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

<推薦者(原則として所属機関の長)>

医療機関名: _____

推薦者名: _____

※自署又は記名押印すること