

認定ドナーコーディネーター 更新申請書

(西暦) 年 月 日

認定ドナーコーディネーター協議会 会長 殿

認定ドナーコーディネーター協議会 認定コーディネーター制度規則に従い、認定ドナーコーディネーターの資格更新に係る申請を致します。また、認定ドナーコーディネーターとしての活動及び登録情報を臓器あっせん機関ならびに厚生労働省健康・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。

氏名: _____

認定ドナーコーディネーター認定番号: _____

生年月日: 年 月 日

住所: 〒 - _____

現所属施設: _____ 職種: _____

メールアドレス: _____

(写真)

横 3 cm × 縦 4 cm

もしくは

横 3.5 cm × 縦 4.5 cm

裏面氏名記載

<過去5年間の勤務経歴(以下、西暦で記載のこと。足りない場合は別紙記載可。)>

勤務期間	勤務施設、部署名
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	

認定ドナーコーディネーター 推薦書

(西暦) 年 月 日

以下の者を、認定ドナーコーディネーターとしての認定を更新するにあたり、推薦致します。

医療機関名: _____

推薦者名(原則として所属機関の長): _____