

認定ドナーコーディネーター 推薦書(異動)

(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、当院職員であってかつ貴協議会より既に認定されている認定ドナーコーディネーターであります。当院において認定ドナーコーディネーターとしての業務を実施することを希望するため、推薦いたします。

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。

<被推薦者>

氏名: _____ (認定番号: _____)

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