証　　明　　書

記

|  |  |
| --- | --- |
|  | 許可施設・届出施設・認定施設（いずれかに○） |
| 細胞培養加工施設の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 所属機関名 |  |
| 部 |  |
| 課/科 |  |
| 氏名 |  |
| 従事期間 | 年　　　月　～　　　　　年　　　月　(　　　か月間) |

以上

上記の者が、上記の期間、臨床用の細胞培養技術者としての経験を有することを証明する。

西暦　　　　年　　　月　　　日

施設管理者・所属機関の長

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 |  |
| 職名 |  |
| 氏名 | （印） |