証　　明　　書

記

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 |  |
| 部 |  |
| 課／科 |  |
| 氏名 |  |

以上

上記の者が、臨床培養士資格認定日、また直近の認定更新日から更新申請時までに再生医療の臨床における細胞／組織培養の経験を有することを証明する。

西暦　　　　年　　　月　　　日

所属機関の長

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

※自署の場合、押印省略可