日本血液学会

　専門研修教育施設　施設証明書

　　　年　　　月　　　日

**日本血液学会 理事長 殿**

**日本血液学会 専門研修教育施設の申請につき、下記要件を全て満たしていることを**

**証明いたします。**

　　　年　　　月　　　日

施設名

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（病院長名）

**診療科名　：**

**専門研修教育施設要件**（ 該当箇所□に✓をいれること）

□　1) 血液病床を５床以上有していること。

□　2) 血液専門医１名以上が常勤していること。

□　3) 血液の専門外来を有していること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以　上