交通費のご請求について

貴方様には、お忙しい中、骨髄バンク事業にご協力頂きまして誠に有難うございます。

さて、この度の骨髄提供のための健康診断、入退院～術後健診の際に、ご負担頂きました交通費は、実費にて後日指定の口座にお支払いをさせていただきます。

つきましては、同封の用紙に必要事項をご記入の上返信用封筒にてご返送下さいますようお願い申し上げます。

尚、事務手続き上お振込みに多少時間を要しますため、各行程毎での精算希望、またはお急ぎの方は、地区担当コーディネーターにお申し出ください。

＜同 封 書 類＞

①請求書	1通
②返信用封筒	1通

※やむを得ずタクシーをご利用の際は、お手数ですが領収書の添付をお願い致します。

請　求　書

(財)骨髄髄移植推進財団
中部地区事務局行

20　　年　　月　　日

ご氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

ご請求金額　合計＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

《交通費》

健康診断	月　日	円
	月　日	円
自己血採血①	月　日	円
自己血採血②	月　日	円
	月　日	円
入退院		円
採取後健康診断	月　日	円
	月　日	円

＜交通手段･区間･金額＞

《お振込先》 銀行名＿＿＿＿＿＿＿＿銀行＿＿＿＿＿＿本・支店
口座　普通･当座　口座番号＿＿＿＿＿＿＿＿
名義人（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿

(ID−NO: 31−15297)

2011年　　月　　日

様

骨髄採取施設並びに採取予定日のご案内

拝啓

この度は、骨髄提供にご同意いただきましてありがとうございます。

骨髄採取を行う施設並びに採取予定日が決まりましたので、ご連絡申し上げます。

近々、採取担当医またはコーディネーターより、今後の予定についての電話連絡があるかと存じますが、よろしくお願い申し上げます。

また「ドナー手帳」を同封しますので、ご覧いただき、日常生活にご留意いただきたいと存じます。ご質問等ございましたら地区事務局までお問い合わせください。

なお、健康上何か変わったことがありましたら、地区事務局または担当医師までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

敬具

■　骨髄採取予定日　　2011年　　月　　日（　）

■　採取施設　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

血液・腫瘍内科＿＿＿＿＿＿＿＿

採取担当医師　　＿＿＿＿＿＿＿＿先生

所在地　　〒＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ　＿＿＿＿＿　　ＦＡＸ　＿＿＿＿＿

■　担当地区事務局・コーディネーター

担当地区事務局　　＿＿＿＿＿＿＿

担当コーディネーター　　＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先　　ＴＥＬ　＿＿＿＿＿　　ＦＡＸ　＿＿＿＿＿

（財）骨髄移植推進財団
地区事務局

〒

骨髄提供に関する予定通知

様

非血縁者間骨髄移植に関しまして、以下の手続きを行う予定ですので、ご確認下さい。

1. 日時　　自　　2011　年　　月　　日　　時　　分

　　至　　2011　年　　月　　日　　時　　分

2. 場所

3. 要件　　骨髄採取に伴う入院

なお、正式な証明書が必要な場合は要件終了後に発行致します。

2011 年　　月　　日

財団法人　骨髄移植推進財団

事務局長　　木村 成雄