ET（本態性血小板血症）治療としての
インターフェロン製剤継続治療対象者証明書

- **申請者氏名（自署）**

〔未成年者の場合のみ〕 申請者氏名を代筆の上、以下をご記入ください。

（代筆者）　　（続柄）

上記の者は、ET（本態性血小板血症）治療としてのインターフェロン製剤継続治療対象者であることを証明します。

- **医師署名（自署）**

医療機関名：

医師名：

- **医師署名日（自署）**

（西暦）　　年　　月　　日

以上