

認定輸血検査技師制度指定施設 新規認定 申請書

認定輸血検査技師制度
施設選定委員会委員長 殿

平成 年 月 日

このたび、認定輸血検査技師制度指定施設（血液センター）として認定を受けたく、申請いたします。

血液センター名	
住 所	〒
TEL FAX	
施設長名	氏名： 印
連絡担当者	氏名： 印 所属： Tel：
研修担当予定の、日本輸血・細胞治療学会認定医、認定輸血検査技師の氏名、所属と、認定番号。 (非常勤、兼務、および、他施設からの派遣も可)	(認定医名) (所属) (認定番号) (認定技師名) (所属) (認定番号)
研修可能カリキュラム (研修可能な項目の数字を○で囲ってください。)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 献血について（献血の尊さ、血液センターの役割等） 2. 業務の流れについて（献血者募集、問診、採血、検査、製剤、供給） 3. 見学（ビデオやDVD等使用可）や実習について <ul style="list-style-type: none"> ・献血者の接遇や受け入れ、各種採血装置、製剤の製造法など。 ・病院からの申込から供給までの流れ、MR活動内容など。 ・MR活動、副作用報告時の対処方法等。 ・献血体験。 4. 管理的・法的な事項について <ul style="list-style-type: none"> ・GMP、業務標準、PL法、1964年の閣議決定等について 5. 特殊な事項 <ul style="list-style-type: none"> ・BMT登録 ・HLA適合供血者 ・検査陽性者への告知 ・まれな血液確保の実際 ・血液製剤の安全対策（遡及調査を含む） 6. その他（)
評価可能項目 (可能な項目の数字を○で囲ってください。)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 献血の大切さに対する理解 2. 献血者の条件に対する知識 3. 血液センターへの副作用報告・原因調査依頼方法 4. MRの役割の理解 5. GMPやPL法に関する理解 6. 総合評価
研修生受け入れ時の条件 (研修生負担費用等)	

血液センター用（平成24年12改訂）