

認定輸血検査技師制度指定施設更新申請書

認定輸血検査技師制度  
施設選定委員会委員長 殿

この度、認定輸血検査技師制度指定施設の更新を申請します。

更新申請施設	名称	(施設名)	(連絡先部署名)
	住所	〒	
	TEL FAX		
勤務輸血認定医または認定輸血検査技師名および認定番号(所属者全員)			
輸血検査および製剤管理*		<input type="checkbox"/> 一元化されている	<input type="checkbox"/> 一元化されていない
年間赤血球製剤使用量*		単位 (全血、自己血含む)	
輸血療法委員会またはそれに相当する組織の有無および活動状況*		輸血療法委員会 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合、活動状況 平成 年度 回開催 討議された主要議題	
研修生受け入れ時の研修可能内容		<input type="checkbox"/> 輸血業務見学 <input type="checkbox"/> 血液センター業務見学 <input type="checkbox"/> 手術室、救急部、病棟など見学 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 症例検討 <input type="checkbox"/> 血液照射 <input type="checkbox"/> 成分採血見学 <input type="checkbox"/> 精度管理の実際 <input type="checkbox"/> 不規則抗体の同定 <input type="checkbox"/> 抗血小板抗体検査 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞採取見学 <input type="checkbox"/> 自己血採血見学 <input type="checkbox"/> 輸血副作用発生時の処置法 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
研修生受け入れ時の条件			

平成 年 月 日

施設長名  
認定医名  
認定技師名

印  
印  
印