

FAX

Fax : 03-3823-8048

都立駒込病院 輸血細胞治療科 森山 昌彦 宛

輸血テクニカルセミナー2016 参加申込書

※ 必須入力（楷書で丁寧に記載をお願いします）

| | | |
|--|---|------------------------------|
| 施設名※ | | (所属) |
| 施設住所※ | 都 道 府 県 | |
| 受講者氏名※ | | |
| 日本輸血・細胞治療学会会員番号※ | | |
| 日本臨床衛生検査技師会会員番号※ | | |
| 輸血検査経験年数※ | 検査技師歴 年 | 輸血検査歴 年 |
| 認定輸血検査技師資格の有無※ | ①はい 登録番号： | ②いいえ |
| 希望受講コース※ ○でコースを囲んでください | 2017年3月18日、19日 ① 講義+実技 | 2017年3月18日 ② 講義のみ |
| 参加依頼状(委嘱状)の有無 (委嘱状が必要な方は 記載してください) | 有 所属上長 または 職名 () 宛名 () | 無 |
| 連絡先※ | TEL | FAX |
| E-mail※ | | |
| アンケートにご協力下さい | | |
| 輸血検査の業務体制を教えてください。 | ①専任で行っている | ②兼務で行っている |
| 専任の輸血検査技師はおりますか？ | ①はい (名) | ②いいえ |
| 所属施設に認定輸血検査技師はいますか？ | ①はい (名) | ②いいえ |
| 輸血管理料 I または II を取得していますか？ | ①はい (輸血管理料 I・II) | ②いいえ |
| 適正輸血使用加算を取得していますか？ | ①はい | ②いいえ |
| 貴施設の病床数をお知らせください。 | 床 | |