

# 学会認定・臨床輸血看護師制度 研修施設申請書（更新）

記入例

学会認定・臨床輸血看護師制度協議会  
会長 殿

この度、学会認定・臨床輸血看護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)<br>○○○○病院   | (連絡先部署名)<br>○○部 |
|   | 住所<br>TEL<br>FAX | 〒○○○-○○○○<br>○○県○○市○○1-1-1<br>○○-○○○○-○○○○<br>○○-○○○○-○○○○  |                 |
| 日本輸血・細胞治療学会認定医師名および認定番号(所属者全員、常勤者に○)        |                  | 輸血 太郎 01234<br>輸血 花子 12345  |                 |
| 学会認定・輸血看護師の有無                               |                  | <input checked="" type="checkbox"/> 在籍 認定番号; 123 氏名; 血液 はな子<br><input type="checkbox"/> 不在  |                 |
| 輸血検査および製剤管理                                 |                  | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し<br>有りの場合、活動状況 平成 ○○ 年度 ○○ 回開催<br>討議された主要議題<br>①血液製剤の適正使用<br>②輸血インシデント・アクシデント発生報告と対応<br>③輸血オーダリングシステム   |                 |
| 研修生受け入れ時の研修可能内容                             |                  | <input checked="" type="checkbox"/> 輸血業務見学<br><input checked="" type="checkbox"/> 手術室、救急部、病棟など見学<br><input type="checkbox"/> 症例検討 <input checked="" type="checkbox"/> 血液照射見学<br><input checked="" type="checkbox"/> 感染症検査見学 <input type="checkbox"/> 精度管理の実際<br><input checked="" type="checkbox"/> 不規則抗体同定見学 <input checked="" type="checkbox"/> 抗血小板抗体検査見学<br><input checked="" type="checkbox"/> 末梢血幹細胞採取見学 <input type="checkbox"/> 自己血採血見学<br><input type="checkbox"/> 輸血副作用発生時の処置法<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 (基本的な輸血検査 ) |                 |
| 研修生受け入れ時の条件<br>(「研修施設受け入れの詳細」に記入し、お送り願います。) |                  | 5名まで<br>当院書式の実習契約書 (健康診断書、誓約書等を含む)  |                 |
| 研修受け入れ実績                                    |                  | <input checked="" type="checkbox"/> 有り ○○○○年○○月 ○名<br><input type="checkbox"/> 無し   |                 |

平成○○年○○月○○日

施設長名 ○○ ○○ 印  
 看護部長名 ○○ ○○ 印  
 日本輸血・細胞治療学会認定医師名 ○○ ○○ 印