

細胞治療認定管理師制度認定講習会・研修会認定基準と認定手順について

A.細胞治療認定管理師制度認定講習会・研修会認定基準

下記の基準を全て満たす講習会および研修会を細胞治療認定管理師制度審議会において、認定講習会として認定し、受講単位 5 単位を付与するものとする。

項目 1～5 に関して全て満たし、かつ 6～8 に関して、いずれか 1 項目満たす場合に可とする。

1. 細胞治療・細胞調製に関連した講習内容であること。
2. 非営利かつ教育目的であること。利益相反に関しての申告に問題がないこと。
3. 講習会または研修会の実施資金面で問題がないこと。
4. 対象とする参加者の場所が確保されていること。
5. 計画的に年 1 回以上開催されること。但し、期限は問わない。

6. 日本輸血・細胞治療学会、日本造血細胞移植学会が主催する細胞治療・調製に関する講習会・研修会。なお、日本輸血・細胞治療学会 総会時のテクニカルセミナー、秋季シンポジウムの細胞治療認定管理師制度講習会は、学会参加とは別に 5 単位付与されるものとする。

7. 審議会が承認した学術団体（学会）が開催する細胞治療講習会、研修会*。

なお、日本再生医療学会主催の細胞培養士および認定医講習会については、事前に審議会にて単位取得対象か否かを提示したものに限る(2017 年 1 月現在)。

8. 文部科学省、厚生労働省、AMED その他行政主催または共催の講習会または研修会。

B. 申請・承認方法：

1. 申請書（様式 1 / 様式 2）を審議会・協議会事務局(日本輸血・細胞治療学会 事務局)に提出してください。
2. 審議会において、審議されます。
3. 審議承認後に、事務局を通じて、申請者に通知し、事務局と単位付与のための手続きを進められます。
4. なお、本申請受付は、**2017 年 8 月 1(火)から開始します**
5. 講習会・研修会が終了後、報告書（様式 3）を提出してください。なお、報告書の提出期限は、実施翌年度の 4 月 30 日〆切となります。

様式 1.

細胞治療認定管理師制度認定講習会・研修会 単位付与対象の申請書

年 月 日

講習会・研修会名称	
申請者氏名	
所属	
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	
団体名または 研究課題名	
事務連絡先	

開催種類	<input type="checkbox"/> 講習会、 <input type="checkbox"/> 実地研修会
開催時期	*2 回以上実施の場合には、年月日を増やしてご記入ください。未決定の場合は頃と記載。
実施回数	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> 年 1 回	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> 年 2 回	
<input type="checkbox"/> 年()回	
開催場所	
実施回数	
メールアドレス	
団体名または 研究課題名 (研究費 名)	
団体または研究代表者 氏名・所属・職名	氏名： 所属： 職名：

事務局記入

受理日	年 月 日 事務局氏名
申請番号	CTS-M

様式 2. 実施計画

講習会・研修会名称	
目的	
実施概要	
添付書類 (実施要綱、実施計画 など)	

様式 3. 細胞治療認定管理師制度認定講習会・研修会
 単位付与対象の申請に係る審査・承認書

申請番号	CTS-M
講習会・研修会名称	
審議会	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 条件付き承認 () <input type="checkbox"/> 非承認 (理由:) 年 月 日 協議会長署名
協議会	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 非承認 (理由:) 年 月 日 協議会長署名

様式 4. 実施報告書

講習会・研修会名称	
申請番号	CTS-M
実施日	
参加人数	
実施内容の概要	
添付書類 (プログラム等))	

細胞治療認定管理師制度受領

事務局受領	年 月 日	受付け署名
-------	-------	-------

様式 5. 細胞治療認定管理師制度認定講習会・研修会報告書審査・承認

申請番号	CTS-M		
講習会・研修会名称			
審議会審査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 特記なし <input type="checkbox"/> あり(下記に記載*)	
協議会承認	年 月 日	署名	

*内容に疑義がある場合には、問い合わせ等を行った上で協議会に報告する。