

認定輸血検査技師制度
施設選定委員会委員長 殿

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*		☐ 一元化されている	☐ 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 ☐ 有り ☐ 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		☐ 輸血業務見学 ☐ 血液センター業務見学 ☐ 手術室、救急部、病棟など見学 ☐ 感染症検査 ☐ 症例検討 ☐ 血液照射 ☐ 成分採血見学 ☐ 精度管理の実際 ☐ 不規則抗体の同定 ☐ 抗血小板抗体検査 ☐ 末梢血幹細胞採取見学 ☐ 自己血採血見学 ☐ 輸血副作用発生時の処置法 ☐ その他 ()	
研修生受け入れ時の条件			

印
印
印