

認定輸血検査技師制度指定施設申請書

認定輸血検査技師制度

施設選定委員会委員長 殿

このたび、認定輸血検査技師制度指定施設として認定を受けたく、申請いたします。

申請施設	名 称	(施設名)	(連絡先部署名)
	住 所	〒	
	TEL FAX		
勤務輸血認定医氏名および 認定番号 (所属者全員)			
勤務認定輸血検査技師名お よび認定番号(所属者全員)			
輸血検査医学に関する 教育指導体制			
修得しうる輸血業務内容			
研修に関する要員， 設備，機器，図書など			
年間赤血球（全血，自己血 を含む）製剤使用量*		単位（内訳）	
輸血療法委員会または それに相当する組織の 有無及び活動状況*			
輸血部（室）門における輸血検 査および製剤保管管理状況*			
研修生受け入れ時の条件			

(必要に応じ資料を添付下さい)

*血液センターにおいては、記入不要。

令和 年 月 日

施設長名

印

認定医名

印

認定技師名

印