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TELFAX | 〒 |
| 勤務輸血認定医氏名および認定番号（所属者全員） |  |
| 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