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