

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
認定医名
認定技師名

印
印
印