

FAX での申込み：072-368-1025

近畿大学病院 輸血・細胞治療センター 井手 大輔 宛

輸血テクニカルセミナー2019 参加申込書

※ 必須入力（楷書で丁寧に記載をお願いします）

施設名※		(所属)
施設住所※	郵便番号	都道 府県
受講者氏名※ (ふりがな)	(ふりがな：)	
日本輸血・細胞治療学会会員番号		
日本臨床衛生検査技師会会員番号		
輸血検査経験年数※	検査技師歴 年	輸血検査歴 年
認定輸血検査技師資格の有無※	①はい	②いいえ
希望受講コース※ ○でコースを囲んでください	2020年3月21日、22日 ① 講義+実技	2020年3月21日 ② 講義のみ
参加依頼状(委嘱状)の有無 (委嘱状が必要な方は 記載してください)	有 所属上長 または 職名 () 宛名 ()	無
連絡先※(正確に記載してください)	TEL	FAX
E-mail (正確に記載してください)		
貴施設についてアンケートにご協力ください		
病床数	床	
輸血検査の業務体制について	①専任で行っている	②兼務で行っている
貴施設で実施している業務について 教えてください (☑してください)	<input type="checkbox"/> ABO, RhD 血液型 <input type="checkbox"/> 不規則抗体スクリーニング <input type="checkbox"/> 抗体同定試験 <input type="checkbox"/> 亜型検査 (吸着解離試験、唾液抑制試験、糖転移酵素測定など) <input type="checkbox"/> 交差適合試験 <input type="checkbox"/> HLA 検査 (抗原検査、抗体検査など) <input type="checkbox"/> 幹細胞採取・処理・保存 (末梢血、BM など)	
専任の輸血検査技師はいますか?	①はい	②いいえ
認定輸血検査技師はいますか?	①はい	②いいえ
輸血管理料 I または II を取得していますか?	①はい	②いいえ
適正輸血使用加算を取得していますか?	①はい	②いいえ
今回 DTT (ジチオスレイトール) を 使用した検査を予定しておりますが、 貴施設で DTT はお持ちですか?	①はい	②いいえ