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） ●●●●●●●病院　　（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）		輸血認定医：　●●●●●（●●●●●） 輸血検査技師名：●●●●●（●●●●●）、●●●●●（●●●●●）、 ●●●●●（●●●●●）
輸血検査医学に関する教育指導体制		輸血専任技師●名は、認定医の指導を受け、輸血関係の学会・勉強会にも積極的に参加している。 （貴施設での職員への教育体制について記載してください）
修得しうる輸血業務内容		赤血球検査全般、HLA 検査、血小板抗体検査（MPHA 法）、輸血関係ウィルス検査、製剤保管管理、自己血採血、等 （貴施設で実施し、教育できる輸血検査業務について記載してください）
研修に関する要員，設備，機器，図書など		輸血認定医、指導医●名、輸血専任技師●名。 （上記業務内容を研修する設備・機器および輸血関係図書について記載してください）
年間赤血球（全血，自己血を含む）製剤使用量*		●●●●●単位（内訳：全血●●単位、赤血球液●●単位、洗浄赤血球●●単位、自己血●●単位）
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*		月 1 回の中央手術部定例運営委員会が開かれている。 （組織の活動状況として月、年度の開催回数についても記載してください）
輸血部（室）門における輸血検査および製剤保管管理状況*		責任医の指導のもと、輸血検査および製剤保管管理は、輸血部で 24 時間体制で一貫して遂行される業務体制である。 （輸血検査体制や分割製剤を含む輸血用血液製剤の管理状況について記載してください）
研修生受け入れ時の条件		（健康診断など必要な項目について記載してください）

（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