認定輸血検査技師制度指定施設更新申請書

認定輸血検査技師制度
施設選定委員会委員長　殿

この度、認定輸血検査技師制度指定施設の更新を申請します。

更新申請施設	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：　●●●●●（認定医登録番号） 輸血検査技師名：●●●●●（認定技師登録番号）、●●●●●（認定技師登録番号）、●●●●●（認定技師登録番号）
輸血検査および製剤管理*		☑ 一元化されている　　☐ 一元化されていない
年間赤血球製剤使用量*		●●●●単位（全血、自己血含む）
輸血療法委員会またはそれに相当する組織の有無および活動状況*		輸血療法委員会　☑ 有り　　☐ 無し 有りの場合、活動状況　令和●年度　●回開催 討議された主要議題 ・輸血副作用報告　・超緊急時輸血事例 ・院内輸血関連インシデント・アクシデントレポート ・血液製剤適正使用推進　・製剤の返納、廃棄状況 （具体的な報告事項、審議事項を記載してください）
研修生受け入れ時の研修可能内容		☑ 輸血業務見学　　☐ 血液センター業務見学 ☑ 手術室、救急部、病棟など見学　☑ 感染症検査 ☑ 症例検討　　☑ 血液照射 ☐ 成分採血見学　　☑ 精度管理の実際 ☑ 不規則抗体の同定　　☐ 抗血小板抗体検査 ☐ 末梢血幹細胞採取見学　☑ 自己血採血見学 ☑ 輸血副作用発生時の処置法 ☐ その他（　　）
研修生受け入れ時の条件		特になし （尚、研修受け入れ時に必要な健康診断項目などがありましたら記載してください）

令和　●年　●月　●日

施設長名　●●●●●　印
認定医名　●●●●●　印
認定技師名　●●●●●　印