**認定輸血検査技師制度指定施設**　**認定更新**　申請書

認定輸血検査技師制度

施設選定委員会委員長　殿

令和　　年　　月　　日

このたび、認定輸血検査技師制度指定施設（血液センタ−）として認定を更新したく、申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 血液センタ−名 |  |
| 住　所  TEL  FAX | 〒 |
| 施設長名 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 連絡担当者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  所属：　　　　　　　　　　　　　　　　Tel： |
| 研修担当予定の、日本輸血・細胞治療学会認定医、認定輸血検査技師の  氏名、所属と、認定番号。  （非常勤、兼務、および、他施設からの派遣も可） | （認定医名）　　（所属）　　　　（認定番号） |
| （認定技師名）　（所属）　　　　（認定番号） |
| 研修可能カリキュラム  （研修可能な項目の数字を○で囲ってください。） | １．献血について（献血の尊さ、血液センターの役割等）  ２．業務の流れについて（献血者募集、問診、採血、検査、製剤、供給）  ３．見学 (ビデオやDVD等使用可)や実習について  ・献血者の接遇や受け入れ、各種採血装置、製剤の製造法など。  ・病院からの申込から供給までの流れ、MR活動内容など。  ・MR活動、副作用報告時の対処方法等。  ・献血体験。  ４．管理的・法的な事項について  ・GMP、業務標準、PL法、1964年の閣議決定等について  ５．特殊な事項  ・BMT登録　　　　　　・検査陽性者への告知  ・HLA適合供血者　　　・まれな血液確保の実際  ・血液製剤の安全対策（遡及調査を含む）  ６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 評価可能項目  （可能な項目の数字を  ○で囲ってください。） | １．献血の大切さに対する理解  ２．献血者の条件に対する知識  ３．血液センターへの副作用報告・原因調査依頼方法  ４．MRの役割の理解  ５．GMPやPL法に関する理解  ６．総合評価 |
| 研修生受け入れ時の条件  （研修生負担費用等） |  |

血液センタ−用（平成２４年１２改訂）