

細胞治療認定管理師 受験申請書

写真の裏には所属・氏名を記載し ここに写真を貼ってください 4.5x3.5cm パスポートサイズ
--

申 請 日		
(西暦)	年	月 日

	姓	名	
ローマ字名			
申請者氏名			印
生年月日	(西暦)	年 月 日	生

※住所は都道府県名から記入

自 宅	住所 〒		
	電話	- -	FAX - -
	携帯電話	- -	← 資格審査時の緊急問い合わせ等に利用しますので必ず記入してください。
勤務先	施設名	所属 (部署と室名)	
	電話	- - (内線)	FAX - -
	住所 〒		
E-mail			

国家資格取得	取得年月日	登録番号
☐ 医師 ・ ☐ 臨床検査技師 ☐ 衛生検査技師 ・ ☐ 薬剤師 ・ ☐ 臨床工学技士 ・ ☐ 看護師 ・ ☐ その他 ()	(西暦) 年 月 日	

各学会会員歴	会員番号
日本輸血・細胞治療学会	
日本造血細胞移植学会	

細胞治療に関する実績

細胞調製歴	年 月
細胞調製件数	件

※申請締め切り日までの通算実績を記入(多い場合は、概数でも構いません)。

他の資格

- ☐日本輸血・細胞治療学会認定医(No.)
☐認定輸血検査技師(No.)
☐学会認定・臨床輸血看護師(No.)
☐学会認定・自己血輸血看護師(No.)
☐学会認定・アフエレーシスナース(No.)
☐日本造血細胞移植学会認定造血細胞移植認定医(No.)

資格審査基準単位数一覧 ※過去5年間(2016年4月1日から2021年6月6日まで)の取得単位数を記入

	取得単位数
学会参加	
学会発表	
論文・著書発表	
講習会等への参加	
総単位数	

※「資格審査基準単位を50単位以上取得していなければならない」となっておりますが
単位申請については、証明する資料が明確に整っているものを、70単位程度を限度に申請すること。

所属する機関の責任医師	姓	名	所属学会および(会員番号)
責任医師氏名			(会員番号)
施設名	所属(部署と室名)		住所
電話	- - (内線)	FAX	- -