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） |
| 住 所  TEL  FAX | 〒 |
| 輸血認定医氏名（認定番号）※所属者全員 | |  |
| 認定輸血検査技師氏名（認定番号）※所属者全員 | |  |
| 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　　年度　　回開催  討議された主要議題 |
| 研修生受け入れ時の研修可能内容 | | □ 輸血実施見学　□ 手術室、救急部、病棟など見学  □ 症例検討　□ 精度管理の実際  □ 輸血副反応発生時の処置法　□ 不規則抗体の同定  □ 成分採血見学　□ 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  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修生受け入れ時の条件（提出資料、抗体検査、ワクチン接種の条件等） | |  |

　　　　年　　月　　日　　　　　　　施設長名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　認定医名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　認定技師名　　　　　　　　　　　　印