

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		<input type="checkbox"/> 一元化されている <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 輸血実施見学 <input type="checkbox"/> 手術室、救急部、病棟など見学 <input type="checkbox"/> 症例検討 <input type="checkbox"/> 精度管理の実際 <input type="checkbox"/> 輸血副反応発生時の処置法 <input type="checkbox"/> 不規則抗体の同定 <input type="checkbox"/> 成分採血見学 <input type="checkbox"/> 抗血小板抗体検査 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞採取見学 <input type="checkbox"/> 自己血採血見学 <input type="checkbox"/> 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