**学会認定・臨床輸血看護師　再 受験申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　日 | | |  |  | 姓 | | | 名 |  |
| 西暦　　 年 月 日 | | | ローマ字名 |  | | |  | ㊞ |
|  | | | 申請者氏名 |  | | |  |
| 生年月日： 西暦　　 　　　年　　　月　　　日　　　性別（男・女） | | | | | |
| 改姓した場合の年月日： 西暦　　　 　　年　　月　　日（旧姓　　　） | | | | | |
|
| 自宅 | 住所　〒　　　－  　　　　　　　 都･道･府･県 | | | | | | | | |
| 電話　　　　　　　－　　　　　－ | | | | | | FAX　　　　　　－　　　　　－ | | |
| 携帯電話　　　　　－　　　　　－　　　　　　　（書類審査時の緊急問い合わせ等に使用） | | | | | | | | |
| E-mail | | | | | | | | |
| 勤務先 | 施設名 | | | | | | 所属（部署・室名） | | |
| 電話　　　　　　　－　　　　　－ | | | | | | FAX　　　　　　－　　　　　－ | | |
| （内線） | | | | | | **※有資格者の情報掲載について**  有資格者の情報を日本輸血・細胞治療学会ホームページに掲載いたします。その範囲は認定後に「会員専用サイト」にログインしていただき、ご自身で行っていただきます。  尚、会員向けの学会誌、社員総会資料には、　　氏名、施設名ともに掲載されます。 | | |
| E-mail | | | | | |
| 住所　〒　　　－ | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 看護師免許 | |  | | | |  |  | | |
| 取得年月日：西暦　　 　　年　　月　　　日 | | | | | | 看護師臨床経験年数  　　年　　月 | | |
| 登録番号 | | | | | |
| 卒業学校名（又は4年生大学/短大）  卒業年月日：西暦　　　 　　年　　月　　日 | | | | | | 自己血輸血の業務経験の有無  有　・　無 | | |
|  | | |
|

―――以下は、下記の＜記入上の注意＞に従って記載のこと―――

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学会などの会員歴 | 加入年 | 通算会員歴 | 会員番号 | 備考 |
| ・日本輸血・細胞治療学会 | 西暦　　 　　年　　月 | 年 |  |  |
| ・ | 西暦　　 　　年　　月 | 年 |  |  |
| ・ | 西暦　　 　　年　　月 | 年 |  |  |
| ・ | 西暦　　 　　年　　月 | 年 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 講習会 |  | | | |
| 参加年月日：西暦 　　年　　月　　日 | | | 受講済み　・　未受講　　（何れかを○で囲む） | |
|  | | | | |
| 筆記試験 |  | | | |
| 実施日：西暦　　 　　年　　月　　日 | | | 合格　・　不合格　　（何れかを○で囲む） | |
|  | | | | |
| 施設研修 |  | | | |
| 病院名称： | | | 修了済み　・　未修了　　（何れかを○で囲む） | |
|  | | | | |
| 希望研修施設（自施設以外） | | 第一希望 | | 第二希望 | |
| 病院 | |  | |  | |

＜記入上の注意＞

１. この用紙は「前回不合格となり、昨年もしくは一昨年に提出した業績を基に再受験する方」用です。

２．「学会などの会員歴」は、今回の申請時点のものを記入してください。

３．「希望研修施設」の欄は、施設研修が未修了の方のみ記入してください。

４．試験不合格者は、カリキュラム委員会指定の「講習会」への参加が「受講済み」でも、再受験の際には

あらためて受講が必須です。