**学会認定・臨床輸血看護師制度　研修施設申請書　（更新）**

学会認定・臨床輸血看護師制度協議会

　　会長　殿

　この度、学会認定・臨床輸血看護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 | 〒 |
| 日本輸血・細胞治療学会認定医師名および認定番号(所属者全員、常勤者に○) | |  |
| 日本輸血・細胞治療学会認定医は不在であるが、輸血責任医師、輸血担当臨床検査技師、学会認定・臨床輸血看護師がチームを組んで研修実施が可能である | | □ はい　　　　　　□ いいえ |
| 学会認定・輸血看護師の有無 | | □ 在籍　認定番号; 　氏名;  □ 不在 |
| 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 | | □ 輸血業務見学  □ 手術室、救急部、病棟など見学  □ 症例検討　　　 □ 血液照射見学  □ 感染症検査見学　　 □ 精度管理の実際  □ 不規則抗体同定見学　　 □ 抗血小板抗体検査見学  □ 末梢血幹細胞採取見学　 □ 自己血採血見学  □ 輸血副作用発生時の処置法  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修生受け入れ時の条件 | |  |
| 研修受け入れ実績 | | □ 有り　　　　　年　　　月　　　　　名  □ 無し |

　　年　　月　　日

施設長名　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　看護部長名　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　印

日本輸血・細胞治療学会認定医師名　 　　　　　　　　　　印

（不在の場合は、輸血責任医師名） 　 　　　　　　　　　　印