**学会認定・臨床輸血看護師　更新申請書**

様式1-3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**平成29年度より、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しております。その範囲は認定後に「会員専用サイト」へログインし、ご自身で行ってください。尚、会員向けの学会誌、社員総会資料には、氏名、施設名が掲載されます。 |
| E-mail  |
| 住所　〒　　　－　　　　 |
|  |
| 看護師免許 |  | 日本輸血・細胞治療学会関連単位数（10以上）： | 業績項目 | 件数 | 単位数 |
| 取得年月日：西暦 　　年　　月　　　日 | 研究発表（論文・著書） |  |  |
| 登録番号　 | 研究発表（学会・研究会） |  |  |
|

|  |
| --- |
| 学会認定・臨床輸血看護師 |
| 取得年月日：西暦　　　年　　　月　　　日 |
| 登録番号：　 |

 | 学会、講習会、研修会等参加 |  |  |
| その他（教育活動等） |  |  |
|  | **総単位数** |  |
|
| 職歴　（学会認定・輸血看護師の取得後、約5年間） |
| 年（西暦） | 月から | 年（西暦） | 月まで | 期間 | 施設名 | 部署名 |
|  |  |  |  | 年　 月 |  |  |
|  |  |  |  | 年　 月 |  |  |
|  |  |  |  | 年　 月 |  |  |
|  |  |  |  | 年　 月 |  |  |
|  |  |  |  | 年　 月 |  |  |
|  |  |  |  | 年　 月 |  |  |
|  |
|  |
| 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 |  |  |
|  |
| 他の認定･資格などの名称 | 認定機関・団体名 | 認定年月 | 登録番号 |
| 名称： |  | 西暦 　　　年　　月 |  |
| 名称： |  | 西暦 　　　年　　月 |  |
| 名称： |  | 西暦 　　　年　　月 |  |