学会認定・臨床輸血看護師制度事務局宛

【研修施設受け入れの詳細】

1.　施設名

2.　認定番号（更新施設のみ）

3.　部署名

4.　住所

TEL 　　　　　　　 （直通　・　代表）

〇をつけてください。

FAX 　　　　　　 （直通　・　代表）

5. 事務局から人数調整依頼等の問合せにお答えいただける担当者および所属部署

ご担当者　　　　　　　　　　　　　所属部署名

6.　研修生から研修日時等の問合せにお答えいただける担当者および所属部署

（上記と違う場合）

ご担当者　　　　　　　　　　　　　所属部署名

TEL FAX

7.　 研修生の受入れについて（わかる範囲でご記入ください）

※　5)、6）7）につきましては、該当箇所へ必ずご回答ください。

|  |
| --- |
| 1）研修規定　　　　　　　　　　　あり　・　なし |
| 2）研修生からの提出書類の必要　　あり　・　なし |
| 3）研修料事前納入の必要　　　　　あり　・　なし |
| 4）研修料　　　　　　　　　　　　　　　円　／　１ｈ・１日・１ｗ・１ヶ月 |
| 5）直近年度の受入について(研修日1月～3月上旬) 可能　・　不可能 |
| 6）受入可能人数　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 7）理由（不可能の場合） |

8.　研修生の受入れにおける提出書類について、該当する項目を○で囲んで下さい。なお、その他に該当する場合は、空欄にご記入下さい。

1） 臨床輸血看護師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか　 　はい　・　いいえ

2） 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか　　　はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか　　　　 はい ・ いいえ

5） 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

　・１ヶ月以内　　・３ヶ月以内　　・その他〔 　 〕

6） 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・麻疹　・風疹　・水痘　・ムンプス　・Ｂ型肝炎　・ツベルクリン反応

・その他〔 〕

7) 誓約書は必要ですか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　・ いいえ

8）看護師免許の写しは必要ですか　　　　　　　　　 　　　　　 はい ・ いいえ

　9）研修生所属の施設から貴施設への承諾書の提出は必要ですか　　　はい ・ いいえ

　　（「はい」の場合、様式などがあれば入手法なども含め、ご記入願います。）

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

9.

臨床輸血看護師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |