**学会認定・臨床輸血看護師制度　研修施設申請書　（新規）**

学会認定・臨床輸血看護師制度協議会

会長　殿

このたび、学会認定・臨床輸血看護師制度指定施設として認定を受けたく、申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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○) | |  |
| 学会認定・輸血看護師の有無 | | □ 在籍　認定番号; 　氏名;  □ 不在 |
| 輸血医学に関する  教育指導体制 | |  |
| 修得しうる輸血研修内容 | |  |
| 研修に関する要員，設備，  機器，図書など | |  |
| 年間赤血球(全血，自己血を含む)  製剤使用量 | | 単位（内訳　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 輸血療法委員会またはそれに相当する組織の有無及び活動状況 | |  |
| 輸血部(室)門における輸血検査  および製剤保管管理状況(一元化) | |  |
| 研修生受け入れ時の条件  （「研修施設受け入れの詳細」に記入し、お送り願います。） | |  |

（必要に応じ資料を添付下さい）

平成　　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