様式１

**日本輸血・細胞治療学会認定医申請書**

日本輸血・細胞治療学会理事長殿

私は日本輸血・細胞治療学会認定医の認定を受けたく，必要書類および手続き料（６万円）を添えて申請します．

申請日　　(西暦) 　　　年　　　月　　　日

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

申請者 ：

最近の顔写真

3cm×4cm

ローマ字名： 名　　　　　　　　　　　姓

生 年 月 日 ： (西暦) 　　　　　年　　　月　　　日

医籍登録番号 ： 第　　　　　　　　　　号

住所（自宅）： 〒 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　－　　　　－

勤務先名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　－　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　－　　　　－

勤務先所在地：〒

学歴　最終大学：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月卒業

　　　　大学院：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月卒業

日本輸血・細胞治療学会々員歴：(西暦) 　年　月加入，継続して現在（申請年12月）までの

会員歴 　　　年と　　か月　　当学会会員番号（　　　　　　　）

日本輸血・細胞治療学会関連学会々員歴：(西暦) 　年　月加入，継続して現在(申請年12月)までの

会員歴 　　　年と　　か月　　学会名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（下の欄には記入しないで下さい）

（申請受付日　(西暦)　　　年　　　月　　　日　　　　登録番号　第　　　　　　　　　　　号）

（受付番号　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　審査結果通知　　　年　　　月　　　日）

様式２

**日本輸血・細胞治療学会認定医学歴・職歴申告書**

申請者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月 | 学歴・職歴 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

日本輸血・細胞治療学会認定医指定施設履修期間を必ず明記すること

様式３

**日本輸血・細胞治療学会認定医指定カリキュラム研修修了証明書**

日本輸血・細胞治療学会理事長殿

下記の者は日本輸血・細胞治療学会認定医制度指定カリキュラムに則り研修を修了したことを証明します．

(西暦) 　　　　　年　　　　　月　　　　日

指定施設名

所　在　地

認定医(指導者) 自筆署名　　　　　　　　　　　　　　　印

記

認定申請者（本人）氏名：

認定申請者勤務先名：

研修年月日：(西暦) 　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日の期間に研修した．

研修項目（履修の了・未欄に○をつけること）

Ⅰ　輸血の発展史と現状 了・未

Ⅱ　輸血医学、細胞治療学の基礎 了・未

Ⅲ　血液型 了・未

Ⅳ　献血者確保と供給体制 了・未

Ⅴ　輸血用血液と血漿分画製剤 了・未

Ⅵ　輸血療法 了・未

Ⅶ　サイトカイン療法 了・未

Ⅷ　自己血輸血 了・未

Ⅸ　治療的ﾌﾟﾗｽﾏﾌｪﾚｰｼｽとｻｲﾀﾌｪﾚｰｼｽ 了・未

Ⅹ　新生児溶血性疾患 了・未

XI　細胞治療 了・未

XⅡ　輸血による副作用と対策 了・未

XⅢ　輸血による感染症と対策 了・未

XⅣ　管理業務 了・未

XⅤ　輸血部門の対外業務 了・未

特記事項（選択科目その他特徴等、特記すべきこと）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式４

**日本輸血・細胞治療学会認定医申請用業績目録**

申請者氏名

総取得単位 (本人記入)　　　　　単位

1. 論文発表（著者名：題名．雑誌名,　巻：始ページ－終ページ,　年） (本人記入)　　　　　単位

1. 学会発表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(本人記入)　　　　　単位

〔証明となるもの（論文発表は別刷，・学会発表は抄録記録のあるものに限る。抄録のコピーとして抄録掲載誌の表紙、掲載頁がわかる目次頁、抄録頁を証明書として添付する。学会名と開催年月日が明示されていること。自分の氏名部分にはラインマーカー等で目印をつける）を添付すること．用紙が足りない場合は別用紙追加のこと〕