認定輸血検査技師制度指定施設更新申請書

認定輸血検査技師制度

施設選定委員会委員長 殿

この度、認定輸血検査技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 | 〒 |
| 輸血認定医氏名および認定  番号（所属者全員） | |  |
| 認定輸血検査技師氏名およ  び 認定番号（所属者全員） | |  |
| 病床数 | | 床 |
| 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 令和　年度 回開催主要議題 |
| 研修生受け入れ時の研修可能内容 | | * 輸血業務見学 □ 血液センター業務見学 * 手術室、救急部、病棟など見学 □ 感染症検査 * 症例検討 □ 血液照射 * 成分採血見学 □ 精度管理の実際 * 不規則抗体の同定 □ 抗血小板抗体検査 * 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  （提出資料、抗体検査、ワクチン接種の条件等） | |  |

令和 年 月 日 施設長名 印

認定医名 印

認定技師名 印