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