

学会認定・臨床輸血看護師制度 研修施設申請書（更新）

記入例

学会認定・臨床輸血看護師制度協議会

会長 殿

この度、学会認定・臨床輸血看護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) ○○○○病院 (連絡先部署名) ○○部
	住所	〒×××-×××× ○○県○○市○○1-1-1
	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○)	輸血 太郎 01234 輸血 花子 12345	
学会認定・輸血看護師の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 在籍 認定番号; 000 氏名; 輸血 次郎 <input type="checkbox"/> 不在	
輸血検査および製剤管理	<input checked="" type="checkbox"/> 一元化されている <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合、活動状況 ○○○○年度 ○○回開催 討議された主要議題 ① 血液製剤の適正使用 ② 輸血インシデント・アクシデント発生報告と対応	
研修生受け入れ時の研修可能 内容	<input checked="" type="checkbox"/> 輸血業務見学 <input checked="" type="checkbox"/> 手術室、救急部、病棟など見学 <input checked="" type="checkbox"/> 症例検討 <input checked="" type="checkbox"/> 血液照射見学 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症検査見学 <input type="checkbox"/> 精度管理の実際 <input checked="" type="checkbox"/> 不規則抗体同定見学 <input checked="" type="checkbox"/> 抗血小板抗体検査見学 <input checked="" type="checkbox"/> 末梢血幹細胞採取見学 <input type="checkbox"/> 自己血採血見学 <input type="checkbox"/> 輸血副作用発生時の処置法 ② <input checked="" type="checkbox"/> その他 (基本的な輸血検査)	
研修生受け入れ時の条件	5名まで 当院書式の実習契約書 (健康診断書、誓約書等を含む)	
研修受け入れ実績	<input checked="" type="checkbox"/> 有り ○○○○ 年 ○ 月 ○ 名 <input type="checkbox"/> 無し	

○○○○ 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
(不在の場合は、輸血責任医師名) 印