送信先FAX：03-5804-2612

E-mail：gisi@ml.jstmct.or.jp

　認定輸血検査技師制度協議会　事務局宛

1.　施設名

2.　認定番号

3.　部署名

4.　住所 　〒

TEL

FAX

5. 事務局から人数調整依頼等の問合せにお答えいただける担当者および所属部署

ご担当者　 　様　　　　　　　所属部署名

メールアドレス

※メールアドレスは必ずご記入いただけますようお願い申し上げます。

6.　研修生から研修日時等の問合せにお答えいただける担当者および所属部署

 （上記と違う場合）

ご担当者　　　　　　　　　　　　　　　所属部署名

TEL　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX

7.　在籍の認定技師・認定医（全員）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

8.　研修生の受入れについて（わかる範囲でご記入ください）

※　5)、6）、7）につきましては、必ずご回答くださいませ。

|  |
| --- |
| 1）研修規定　　　　　　　　　　　　　あり　・　なし |
| 2）研修生からの提出書類の必要　　　　あり　・　なし |
| 3）研修料事前納入の必要　　　　　　　あり　・　なし |
| 4）研修料　　　　　　　　　　　　　　　円　／　１ｈ・１日・１ｗ・１ヶ月　　　 |
| 5）2025年度受入について(2025年4月～6月)　　 可能　・　不可能　　　　　　　　　　 |
| 6）受入可能回数　　　　　　　　　　　　　　　回　　　　　　　　　　　 |
| 7）受入可能人数（各回）　　　　　　　　　　　名　　　　　　　　　　　 |

　※指定施設での研修日数は、病院が2日、血液センターが1日となります。

**施設名**

**9. ～ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ**

**ご記入のうえ、ご返信ください。**

9.　研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）

 　（その他に該当する場合は、ご記入下さい)

1） 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか　　はい　・　いいえ

2） 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか　　　はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか　　　　 はい ・ いいえ

5） 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

　・１ヶ月以内　　・３ヶ月以内　　・その他〔 　 〕

6） 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・麻疹　・風疹　・水痘　・ムンプス　・Ｂ型肝炎　・ツベルクリン反応

・その他〔 〕

7) 誓約書は必要ですか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　・ いいえ

8） 臨床検査技師免許の写しは必要ですか　　　　　　　　　　　 はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

|  |
| --- |
|  |
|  |

**ご協力ありがとうございました。質問9. ～ 10.の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。**