送信先FAX：03-5804-2612

　認定輸血検査技師制度協議会　事務局宛

**※1.～3.について、記載内容に変更・不備、または未記入の箇所がございましたら、**

**ご訂正・ご記入をお願いいたします。**

1. 施設情報

　・施設名：

　・認定番号：

　・所在地：〒

1. 連絡先情報／ご担当者様および所属部署

（事務局から人数調整連絡、依頼状等の送付先宛名となります）

・担当者名：

　・部署名：

　・TEL：

　・Email：

**※メールアドレスは必ずご記入ください。**

3.　研修生からの問合せ対応（上記2.と異なる場合のみ）

・担当者名：

　・部署名：

　・TEL：

　・Email：

4.　在籍の認定技師・認定医（全員）

|  |
| --- |
| 〔認定医〕 |
| 〔認定技師〕 |
|  |

5.　研修生の受入れについて

※　2）については、事務局を通さず、研修生と貴施設の間で直接の対応となります。

※　5)、6）、7）については、**必ず**ご回答ください。

|  |
| --- |
| 1）研修規定　　　　　　　　　　　　　あり　・　なし |
| 2）研修生から貴施設への提出書類　　　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）2026年度受入について(2026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 **※「未定」「〇名～〇名」等は避けてください**　　　　　　　　　　 |

　 ※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**

**質問6.～7.へのご回答については、【研修生→貴施設】または【協議会→貴施設】へ**

**提出書類がある場合のみご記入ください。**

6.【研修生→貴施設】への提出書類　**※研修生と貴施設の間で直接の対応となります。**

（以下より該当する項目に✓をお願いいたします。その他があればご記入ください。）

* 履歴書　（□ 専用様式あり・ □ 一般様式で可）
* 健康診断書（　　ヶ月以内・その他〔　　　　　　　　　 〕）
* 抗体検査の証明書（ 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〔　　　　　　　　　　　 〕）

　□ 誓約書

□ 臨床検査技師免許の写し

その他に、【研修生→貴施設】への提出書類がありましたら、ご記入ください

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

7. 【協議会→貴施設】への提出書類がありましたら、ご記入ください

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

この度はご協力賜り、誠にありがとうございました。

ご回答いただきました質問6.および7.につきましては、日本輸血・細胞治療学会ホームページに掲載させていただきます。

掲載内容は、研修予定者へ、施設研修に必要な書類・証明書等を周知する目的で使用させていただきます。何卒ご了承くださいますようお願い申し上げます。

〔掲載箇所〕

日本輸血・細胞治療学会ホームページ

https://yuketsu.jstmct.or.jp/authorization/for\_ctl\_technician/

「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」＞「STEP1 受験申請資格と研修受入可能施設の確認」＞「研修受入条件」