

認定輸血検査技師制度指定施設 新規申請書

認定輸血検査技師制度
施設選定委員会委員長 殿

このたび、認定輸血検査技師制度指定施設として認定を受けたく、申請いたします。

申請施設	名称	(施設名) (連絡先部署名)
	住所 TEL FAX	〒
勤務輸血認定医または認定輸血検査技師名および認定番号 (所属者全員)		
輸血検査医学に関する教育指導体制		
修得しうる輸血業務内容		<input type="checkbox"/> 輸血業務見学 <input type="checkbox"/> 手術室、救急部門、病棟などの見学 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 症例検討 <input type="checkbox"/> 輸血副反応発生時の処置法 <input type="checkbox"/> 成分採血見学 <input type="checkbox"/> 精度管理の実際 <input type="checkbox"/> 不規則抗体の同定 <input type="checkbox"/> 抗血小板抗体検査 <input 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"/> その他 ()
研修に関する要員、設備、機器、図書など		
年間赤血球 (全血、自己血を含む) 製剤使用量*		単位 (内訳)
輸血療法委員会またはそれに相当する組織の有無及び活動状況*		
輸血部 (室) 門における輸血検査および製剤保管管理状況*		
研修生受け入れ時の条件		

(必要に応じ資料を添付下さい)

病院用 (令和8年3月改訂)

令和 年 月 日

施設長名

印

認定医名

印

認定技師名

印