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） ●●●●●●●●病院　（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）		●●●●●（認定医登録番号）
認定輸血検査技師氏名および認定番号(所属者全員)		●●●●●（認定技師登録番号） ●●●●●（認定技師登録番号）
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＞ ☑ 輸血療法の適応　☑ 血液製剤の使用・返納・廃棄状況調査 ☐ 血液製剤（血漿分画製剤を含む）の選択 ☑ 輸血関連の検査項目・検査術式の選択と精度管理 ☐ 輸血実施時の手続き ☑ 症例検討を含む適正使用推進 ☑ 輸血療法に伴うインシデント・副反応・合併症の把握と対策 ☑ 輸血関連情報の伝達 ☐ 院内採血の基準や自己血輸血の実施方法 ☐ その他（　　）
研修生受け入れ時の研修可能内容		☑ 輸血業務見学 ☑ 手術室、救急部門、病棟などの見学 ☑ 症例検討　☑ 感染症検査 ☐ 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 ☑ 輸血副反応発生時の処置法 ☐ その他（　　）
更新後の研修生受け入れ体制		☑ 研修生を受け入れる体制が整っている、もしくは受け入れる意思がある ☐ 研修生の受け入れが困難
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）		特になし（※無い場合は「無し」と必ずご記入ください） （尚、研修受け入れ時に必要な健康診断項目などがありましたら記載ください）

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

※押印漏れにご注意ください。