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）
	住 所 TEL FAX	〒
輸血認定医氏名および認定番号（所属者全員）		
認定輸血検査技師氏名および認定番号(所属者全員)		
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）		

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