

認定輸血検査技師制度指定施設 認定申請書

新規認定 認定更新

認定輸血検査技師制度
施設選定委員会委員長 殿

令和 年 月 日

このたび、認定輸血検査技師制度指定施設（血液センター）として認定を
（新規に受けたく ・ 更新したく ）、申請いたします。

血液センター名	
住 所	〒
TEL FAX	
施設長名	氏名： 印
連絡担当者	氏名： 印 所属： Tel：
研修担当予定の、日本輸血・細胞治療学会認定医、認定輸血検査技師の 氏名、所属と、認定番号。 (非常勤、兼務、および、他施設からの派遣も可)	(認定医名) (所属) (認定番号)
	(認定技師名) (所属) (認定番号)
研修可能カリキュラム (研修可能な項目に☑を記載してください。)	<input type="checkbox"/> 献血について（献血の尊さ、血液センターの役割等） <input type="checkbox"/> 業務の流れについて（献血者募集、問診、採血、検査、製剤、供給） ・見学（ビデオやDVD等使用可）や実習について <input type="checkbox"/> 献血者の接遇や受け入れ、各種採血装置、製剤の製造法など <input type="checkbox"/> 病院からの申込から供給までの流れ <input type="checkbox"/> MR 活動内容 <input type="checkbox"/> 副作用報告時の対処方法等 <input type="checkbox"/> 献血体験。 ・管理的・法的な事項について <input type="checkbox"/> GMP、業務標準化、PL法、1964年の閣議決定等について ・特殊な事項 <input type="checkbox"/> BMTドナー登録 <input type="checkbox"/> 検査陽性者への告知 <input type="checkbox"/> HLA適合供血者 <input type="checkbox"/> まれな血液確保の実際 <input type="checkbox"/> 血液製剤の安全対策（遡及調査を含む） <input type="checkbox"/> 緊急時の供給対応 <input type="checkbox"/> その他（ ）
評価可能項目 (可能な項目に☑を記載してください。)	<input type="checkbox"/> 献血の大切さに対する理解 <input type="checkbox"/> 献血者の条件に対する知識 <input type="checkbox"/> 血液センターへの副反応報告・原因調査依頼方法 <input type="checkbox"/> MRの役割の理解 <input type="checkbox"/> GMPやPL法に関する理解 <input type="checkbox"/> 総合評価
研修生受け入れ時の条件 (研修生負担費用等)	