移植施設認定　認定カテゴリーに関わる診療体制等の変更申請書

記入日：2022年　　月　　日

施設名　　　　　：

認定診療科名　　：

診療科責任医師名： 印

１．認定医について

[ ] 所属人数に変更有り [ ] 所属人数に変更無し

→〔　　〕人から〔　　〕人へ

→増員（減員）となった認定医のご氏名を以下にご記入ください。

また、増員の場合は、認定証（写し、合格通知でも可）を添付してください

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名： | 氏名： |

２．同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会を修了した看護師について

[ ] 所属人数に変更有り [ ] 所属人数に変更無し

→〔　　〕人から〔　　〕人へ

→増員（減員）となった看護師のご氏名を以下にご記入ください。

また、増員の場合は、研修会修了証（写し）を添付してください

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名： | 氏名： |

３．認定HCTC等（※）について

[ ] 所属人数に変更有り [ ] 所属人数に変更無し

→〔　　〕人から〔　　〕人へ

→増員（減員）となった認定HCTC等のご氏名を以下にご記入ください。

また、増員の場合は、認定証（写し）を添付してください

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名： | 氏名： |

※認定HCTC等とは「学会が認定する認定 HCTC」、小児診療科においてHCTC に代わって配置された「チャイルドライフスペシャリスト」「ホスピタルプレイスペシャリスト」「子ども療養支援士」のいずれかを指します。

４．2021年の同種移植実績について ※認定カテゴリー3（LVC）の診療科のみ記入

各移植ソースについて、血縁者間移植、非血縁者間移植の合計数をご記入ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 骨髄移植 | 末梢血幹細胞移植 | 臍帯血移植 |
| 件 | 件 | 件 |