

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