日本造血・免疫細胞療法学会

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：2025年　　月　　日

施設名　　　　　：

認定診療科名　　：

診療科責任医師名： 印

１．本申請により変更が見込まれる認定カテゴリーの申告

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の認定カテゴリー |  |
| 本申請により変更が見込まれる認定カテゴリー |  |

２．認定医に関する申告

配置人数に変更有り 配置人数に変更無し

→〔　　〕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： |

３．LTFU看護師研修会を修了した看護師に関する申告

配置人数に変更有り 配置人数に変更無し

→〔　　〕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： |

４．認定HCTC等（※）に関する申告

配置人数に変更有り 配置人数に変更無し

→〔　　〕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。

以下は、現在、認定カテゴリー３（LVC）の診療科、または本申請により認定カテゴリー１、２から認定カテゴリー３（LVC）への変更が見込まれる診療科のみご申告ください

５．過去3年間の同種造血幹細胞移植実績に関する申告

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 |
| 2022年1月‐12月 | 件 | 件 | 件 |
| 2023年1月‐12月 | 件 | 件 | 件 |
| 2024年1月‐12月 | 件 | 件 | 件 |

　　※ご申告内容はTRUMPデータで照合いたします

TRUMPへのデータ提出（台帳登録・本登録）がされていない場合、移植実績としてカウントされませんので予めご了承ください