**【2019年度HCTC認定講習Ⅰ 受講申込書】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ**  **氏 名** |  | | **性 別** | 男 ・ 女 | | **年 齢** | 歳 |
| **施設名** |  | | **部 署** |  | | | |
| **職 名** |  | | | | | | |
| **所属先TEL** |  | | **携帯電話** | **＊差し支えなければ記入してください。** | | | |
| **E-mail** | **＊以降の連絡は原則E-mailになります。間違いがないよう手書きの場合は丁寧に記入してください。** | | | | | | |
| **所属先住所** | 〒  **＊テキスト送付先となります。原則、所属施設の住所でお願いします。** | | | | | | |
| **日本造血細胞移植学会** | | 会員 ・ 非会員 | **会員番号** | |  | | |
| **医療資格** | 無 ・ 有 （資格名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| **HCTC実務経験　（　有　・　無　）**  ＊実務経験ありの方は、学会ホームページのHCTC認定講習Ⅰの要綱 「８．HCTCとしての実績」を  参照し、以下をご記入ください。 | | | | | | | |
| **HCTC 活動開始時期** | | 西暦年　　月 | **患者コーディネート** | | | | 件 |
| **血縁ドナーコーディネート** | | 件 | **非血縁ドナーコーディネート** | | | | 件 |
| **現在の業務内容（簡単に現在の業務を記入してください）** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **講習会参加の動機（講習会参加の目的などを記入してください）** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

**【参加依頼】**

上記申込書内の記載事項に相違がないことを証明し、　　　　　　　氏の　　　　　　　　HCTC認定講習Ⅰへの参加を依頼いたします。

署名日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　施設名：

　　　　　　　施設長名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

移植責任医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　印