**【2024年度HCTC認定講習Ⅰ 受講申込書】**

申込日　　西暦　　　 年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **性　別** | 男 ・ 女 | **年　齢** | 　　　　　歳 |
| **氏　名** |  |
| **施設名** |  |
| **部署・所属** | **＊病棟などもご記入ください** |
| **勤務先TEL** |  |
| **携帯番号** | **＊差し支えなければご記入ください** |
| **勤務先住所** | 〒 |
| **E-mail** | **＊今後の連絡に使用しますので、添付ファイルが確認できるアドレスを丁寧にご記入ください。** |
| **学会員番号** | **＊学会員であること、今年度の学会費を納入していることが必要になります。** |
| **医療・福祉国家資格（看護師・社会福祉士など）** | **無　・　有 （資格名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **HCTC実務経験　（　有　・　無　）****＊実務経験ありの方は、要項 「８．HCTCとしての実績」を参照し、以下をご記入ください。****＊コーディネート件数は申込受付開始日（2024年3月25日）現在の件数をご記入ください。** |
| **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（簡単にご記入ください）** |
|  |
| **講習参加の動機（講習参加の目的などをご記入ください）** |
|  |

受講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：

 （自署）

移植施設責任医師名：

 （自署）