**【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）