**認定HCTC資格更新申請書**

申込日　　西暦　　　 　年　　 月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ**  **氏名** |  | | | | | | **性別** | | | | 男 ・ 女 | | | | | | **年齢** | 歳 |
| **施設名** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所属部署** | **＊病棟名なども記入して下さい。** | | | | | | **職名** | | | |  | | | | | | | |
| **勤務先TEL** |  | | | | | | **携帯番号** | | | | **＊差支えなければ記入してください。** | | | | | | | |
| **勤務先住所** | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E-mail** | **＊委員会からの連絡はこのメールアドレスで行いますので、手書きの場合は丁寧に記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **学会加入年月** | 西暦　　 　　　年　 　　月 | | | | | **学会員番号** | | | | | | |  | | | | | |
| **医療・福祉国家資格（看護師・社会福祉士など）** | | | | | | 無　・　有　（資格名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| **他の資格** | | | | | | 無　・　有　（資格名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| **【認定HCTCとしての実務経験】**  **＊2024年度認定HCTC資格更新申請手続き説明書内の「HCTCの実務経験に関する注意事項」をよくお読みください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **認定HCTCの種類** | | | 認定　・　小児移植認定　・　LVC認定 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **認定HCTC取得年月** | | | 西暦　　　　　　年　　　月 | | | | **認定番号** | | | | | | |  | | | | |
| **認定取得後の活動休止** | | | 有 ・ 無 | **活動休止期間** | | | | | | 西暦　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 | | | | | | | | |
| **認定HCTCの実務経験が複数施設に渡る場合**  **＊〔様式10〕による他所属施設（前職・兼業を含む）の実務証明が必要です。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **他所属施設名①** | |  | | | | | | | **所属期間** | | | 西暦　　　　 年　　月～　　　年　　月 | | | | | | |
| **他所属施設名②** | |  | | | | | | | **所属期間** | | | 西暦　　　　 年　　月～　　　年　　月 | | | | | | |
| **現所属施設** | |  | | | | | | | **所属期間** | | | 西暦　　　　 年　　月～現在に至る | | | | | | |
| **【認定HCTC資格取得以後のコーディネート件数】　申請受付開始日（2025年2月1日）現在**  **＊認定更新申請の要件は、患者15件以上、ドナー15件以上（内、血縁ドナー5件以上）です（資格有効期間中のおおむね50%以上にわたり、専ら小児の移植例のみのコーディネートを行っている場合ならびに移植施設認定カテゴリー3の診療科のみにおけるコーディネートを行っている場合には、患者事例6件以上、血縁ドナー2件以上を含むドナー事例6件以上）。**  **＊2024年度認定HCTC資格更新申請手続き説明書内の「HCTCの実務経験に関する注意事項」をよくお読みください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **移植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 | | |
| **【所属施設の移植件数】**  **＊転勤・兼業などで同一年内に複数の施設に勤務していた場合、各施設での合計移植件数を記載してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **2021年** | | | | | **2022年** | | | | | | | **2023年** | | | |
| **血縁者間移植** | | | 件 | | | | | 件 | | | | | | | 件 | | | |
| **骨髄バンクを介しての移植** | | | 件 | | | | | 件 | | | | | | | 件 | | | |
| **さい帯血移植** | | | 件 | | | | | 件 | | | | | | | 件 | | | |
| **合計** | | | 件 | | | | | 件 | | | | | | | 件 | | | |
| **【勤務形態】**  **＊専任・兼任のいずれかに〇を記入してください。「専任」とは就業時間の5割以上HCTCとしての業務に従事していることです。**  **＊常勤・非常勤のいずれかに〇を記入し、すべての就業時間とHCTCとしての活動時間を記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （　　）専任  （　　）兼任　→　〔兼任業務：　　　　　　　　　　 交代勤務：あり ・ なし〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （　　）常勤 　（　　）非常勤  就業時間：週平均　　　時間　　　　　HCTC活動時間週平均　　時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　[備考] 認定資格取得後に姓や所属施設に変更があった場合、以下のスペースに記入してください（形式自由）。