

事務局受付:

【 HCTC 認定研修承認依頼書 】

申込日: 20xx 年 4 月 12 日

フリガナ 氏 名	マッシュウケツ ユイ 末梢血 結	性 別	男 <input checked="" type="radio"/> 女	年 齢	30 歳
施設名	▲▲▲▲▲病院				
部 署	血液内科部	職 名	HCTC		
勤務先 TEL	000-000-0000	携帯番号	090-0000-0000 * 差支えなければ記入してください。		
勤務先住所	〒000-1111 ●●県 ××市 ▲▲区 ○○1-1				
移植施設認定カテゴリー	1 ・ <input checked="" type="radio"/> 2 ・ 3 (Low volume center) ・ 非認定施設				
E-mail	abcde@fffff.com * 連絡はこのメールアドレスを使用しますので手書きの場合は丁寧に記入してください。				
学会番号	100001 * 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 (資格名: 看護師)				
研修施設	●●●●●病院	研修指導者	移植 花子 HCTC		
研修施設との調整	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 調整中 ※調整中の場合は、確定次第、学会事務局までご連絡ください。				
研修スケジュール	<input type="checkbox"/> あてはまるものに✓ () 内該当するものに○を記入し後に続けてください				
研修期間	20xx 年 5 月 10 日～ 20xx 年 6 月 25 日まで ※予定可				
研修形態	<input checked="" type="checkbox"/> 毎週 (研修日: <input checked="" type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 火 <input type="radio"/> 水 <input type="radio"/> 木 <input checked="" type="radio"/> 金 <input type="radio"/> 土 <input type="radio"/> 日) <u>3</u> 日/週 <input type="checkbox"/> 週日 (休日: 月・火・水・木・金・土・日・不定期) <input type="checkbox"/> その他 []				
研修日数	21 日 ※予定可				
【HCTC 講習会受講歴】 <input type="checkbox"/> あてはまるものに✓、() 内に受講年度を記入してください					
【認定講習 I】 ※平成 23 年度 CTC 研修会、平成 25 年度 HCTC 研修会、平成 26 年度 HCTC 研修会 含む					
<input checked="" type="checkbox"/> (2019) 年度 HCTC 認定講習 I					
<input type="checkbox"/> 平成 23 年度 CTC 研修会 <input type="checkbox"/> 平成 25 年度 HCTC 研修会 <input type="checkbox"/> 平成 26 年度 HCTC 研修会					

【HCTC認定講習Ⅱ】

□ () 年度 HCTC認定講習Ⅱ

☒ HCTC認定講習Ⅱ未受講

【HCTCの実務経験年数】 申込日現在 ※認定講習Ⅰ申込時と相違がある場合は受理できません

HCTC 実務年数 2 年 0 ヶ月

HCTC 活動開始時期 西暦 20xx 年 4 月

【自施設でのコーディネート件数】

移植患者コーディネート 3 件

小児患者コーディネート 0 件

血縁ドナーコーディネート 1 件

小児ドナーコーディネート 0 件

非血縁ドナーコーディネート 2 件

【勤務形態】 () 内に○を記入してください。「兼任」・「非常勤」に○をされた方は〔 〕内も記入してください。

() 専任 *「専任」とはその就業時間が5割以上従事していること

(○) 兼任 → [兼任業務: 外来看護師 HCTC 活動時間: 週平均 12 時間、交代勤務: あり・なし]

(○) 常勤

() 非常勤 → [就労形態: 週 日、 時間/日]

【認定研修の動機・希望される内容など】

当院は移植件数が少ないため、日本造血・免疫細胞療法学会 HCTC 委員会が定める認定研修の標準カリキュラムに準拠して研修させていただくことにより、不足知識、経験を得たい。当院ではさい帯血バンクとの連絡調整を医師が行っているため、自施設でも実践できるように、認定研修で学びたい。

【備考】 認定講習Ⅰ以降に変更があった場合(姓や所属など)は、こちらに記入してください。

特記事項はありません。

【参加（承認）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、末梢血 結 氏の
HCTC 認定研修への参加を依頼いたします。

施 設 名: ▲▲▲▲▲病院

西暦 20xx 年 4 月 11 日

移植責任医師（自署）: 輸血 三郎 印

西暦 20xx 年 4 月 12 日

施 設 長（自署）: 骨髓 次郎 印