事務局受付；

**【 HCTC認定研修承認依頼書 】**

申込日；　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ**  **氏　名** |  | | | | | | | | **性　別** | | 男 ・ 女 | | **年　齢** | 歳 |
| **施設名** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **部　署** |  | | | | | | **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** | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| **移植施設認定カテゴリー** | | | | | １・　　２・　３（Low volume center）　・　非認定施設 | | | | | | | | | |
| **E-mail** | **＊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：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| **研修施設** | |  | | | | | | **研修指導者** | | | |  | | |
| **研修施設との調整** | | | | 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**□ あてはまるものに✔　（　）内該当するものに○を記入し後に続いてください | | | | | | | | | | | | | | |
| **研修期間** | | 年　　月　　日～　　　　年　　　月　　日まで　※予定可 | | | | | | | | | | | | |
| **研修形態** | | □　毎週（研修日：月・火・水・木・金・土・日）　　　　　　　　　日/週  □　週日（休日：月・火・水・木・金・土・日・不定期）  □　その他 | | | | | | | | | | | | |
| **研修日数** | | 日　※予定可 | | | | | | | | | | | | |
| **【HCTC講習会受講歴】**　□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  □　（ 　　　　 ）年度　HCTC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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 【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** | | | 年　　　　ヶ月 | | | | **HCTC活動開始時期** | | | | | 西暦 　 　年　　　　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** | | | | | | 件 | **小児患者コーディネート** | | | | | | 件 | |
| **血縁ドナーコーディネート** | | | | | | 件 | **小児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 |  | | | | | | | |
| **【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：　　　　　　　　　　　　　　HCTC活動時間：週平均　　　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】** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 【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。** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

**【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、　 　　　 　　　　　氏の　　　　　　　　　HCTC認定研修への参加を依頼いたします。

　　 施設名：

西暦　　　　年　　月　　日

　　　　　　 移植責任医師（自署）：　　　　　　　　　　　　　　 　　　　印

　　　　西暦　　　　年　　月　　日

施設長（自署）：　　　　　　　　　　　　　　 　　　　印