**認定HCTC資格更新申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ**  **氏名** |  | | | | | **性別** | | | | | | 男 ・ 女 | | | | | | **年齢** | 歳 |
| **施設名** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所属部署** |  | | | | | **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** | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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としての実務経験年数】**  **＊平成30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 | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **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　　＊前所属施設の〔様式10〕による実務証明が必要です。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **前所属施設名①** | |  | | | | | | | | **所属期間** | | | 西暦　　　　年　　月～　　　年　　月 | | | | | | |
| **前所属施設名②** | |  | | | | | | | | **所属期間** | | | 西暦　　　　年　　月～　　　年　　月 | | | | | | |
| **現施設** | |  | | | | | | | | **所属期間** | | | 西暦　　　　年　　月～　　　年　　月 | | | | | | |
| **【認定HCTC資格取得以後のコーディネート件数】**  **＊認定申請の要件は、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。**  **＊平成30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】** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | **2015年** | | | | | **2016年** | | | | | | | **2017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】　（　）内に○を記入し、「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。  （　　）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〕 |