〔様式1〕

**小児移植認定HCTC 認定申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| **【HCTC講習会受講歴**】　**（　）内に○を記入してください。** | | | | | | | | | | | |
| （ 　 ） 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  （ 　 ） 平成27年度HCTC認定講習Ⅰ、（ 　） 平成28年度HCTC認定講習Ⅰ  （ 　 ） 平成29年度HCTC認定講習Ⅰ | | | | | | | | | | | |
| （　 ） 実地研修　　**＊見学研修や拠点病院での研修とは異なります。**  ①施設名： 　　 　　 研修日：　　年　　月　　日～　 月　　日  ②施設名： 　　　　 研修日：　　年　　月　　日～　 月　　日  ③施設名： 　　　　 研修日：　　年　　月　　日～　 月　　日 | | | | | | | | | | | |
| （　 ） 平成27年度HCTC認定講習Ⅱ、（　 ） 平成28年度HCTC認定講習Ⅱ  （　 ） 平成29年度HCTC認定講習Ⅱ | | | | | | | | | | | |
| **【HCTCの実務経験 ： 経験年数】**  **＊平成30年度認定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。**  **＊活動開始時期が認定講習I・認定講習IIの受講申込書と異なる場合には申請は受理されません。** | | | | | | | | | | | |
| **HCTC実務年数** | | 年　　　　ヶ月 | **HCTC活動開始時期** | | | | | | 西暦 　 　年　　　　月 | | |
| **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** | | | 年　　月～　　　年　　月 | | | |
| **前所属施設名②** | |  | | | **所属期間** | | | 年　　月～　　　年　　月 | | | |
| **現所属施設** | |  | | | **所属期間** | | | 年　　月～　現在に至る | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **【HCTCの実務経験 ： コーディネート件数】**  **＊小児の移植例のみのコーディネートを行っている場合、認定申請の要件は患者8件以上、ドナー8件以上（内、同胞ドナー3件以上）となります。**  **＊平成30年度認定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。** | | | | | |
| **患者コーディネート** | 件 | **同胞ドナーコーディネート** | | | 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〕 | | | | | |