日本造血・免疫細胞療法学会

2024年度 同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会

**受講条件証明書**

下記の者が当施設において「2024年度同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会」参加の前提となる以下の受講要件を有していることを証明するとともに、同研修会へ受講申請することを承認いたします。

**以下の該当する項目、全てにチェックを入れてください**

* 造血細胞移植を含む血液・造血器腫瘍疾患看護にかかわる看護師のクリニカルラダー（学会HP参照）レベルⅢ相当の者
* 看護師実務経験４年以上かつ造血細胞移植医療に２年以上従事した経験
* 日本造血・免疫細胞療法学会員（正会員または一般会員）であること（受講申請時に学会員でない場合は、受講決定後、２週間以内に入会手続きを行う）
* 同種造血幹細胞移植を施行していない非認定診療科であっては、造血細胞移植看護基礎研修プログラム基礎研修Ⅰ・Ⅱ（講義）、Ⅲ（見学実習）＊を造血細胞移植拠点病院で受講し修了証を得ている者もしくは開講までに修了見込みの者（修了証を提出）
* 所属診療科の移植件数（TRUMP data）  
  成人：前年12か月（2023年1月～12月）に同種造血幹細胞移植6例を施行  
  小児：前年12か月（2023年1月～12月）に少なくとも同種造血幹細胞移植を3例、  
  　　　または前年までの3年の間に同種造血幹細胞移植を5例実施
* 所属診療科は、非血縁者間造血幹細胞移植を施行する診療科の認定基準（移植施設認定基準）による認定診療科（LVC含む）に該当

**以下にご署名（自署）ください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講申請者氏名： | | 署名日（西暦）　　　　年　　月　　日 |
|  | 施設名： |  |
|  | 診療科名： |  |
| 移植責任医師名： | | 署名日（西暦）　　　　年　　月　　日 |
| 看護部長名： | | 署名日（西暦）　　　　年　　月　　日 |

※移植責任医師の署名欄について同種造血細胞移植を未実施施設の方は血液内科責任医師の署名で可とします