日本造血・免疫細胞療法学会

2025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「2025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。

**＜受講要件＞※必ず以下をご確認の上、ご署名ください**

1. 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相当の者である（ただし要件⑥を満たす場合、本要件も満たすとみなす）
2. 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がある（ただし要件⑥を満たす場合「造血細胞移植医療に２年以上従事した経験」があるとみなす）
3. 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、または受講決定後、期日までに入会手続きを行う意志がある
4. 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）に該当する（ただし要件⑤または要件⑥を満たす場合、必ずしも本要件満たしていなくとも可とする）
5. 【所属診療科が移植施設認定基準による認定診療科（LVC含む）に該当しない場合】  
   所属診療科の移植件数（TRUMP data）は以下を満たしている（ただし要件⑥を満たす場合、必ずしも本要件満たしていなくとも可とする）  
   成人：前年12か月（2024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（2024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
6. 【同種造血幹細胞移植を施行していない非認定診療科に所属している場合】  
   造血細胞移植看護基礎研修Ⅰ・Ⅱ（講義）、Ⅲ（見学実習）を修了している、または開講までに修了見込みである

**以下にご署名（自署）ください　※必ず上記をご確認の上、ご署名ください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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