

## 学会認定・自己血輸血責任医師 資格申請書

申請日：平成 年 月 日

	姓	名
フリガナ		
申請医師氏名		
生年月日（西暦）	年 月 日	性別 男・女

勤務先	施設名	部署名	
	住所 〒		
	TEL :	(内線 :      ・直通)	Fax :
	E-mail :		

学会会員歴	入会年月	会員番号
日本自己血輸血学会	昭和・平成 年 月	
日本輸血・細胞治療学会	昭和・平成 年 月	

(入会年月や会員番号が不明な場合には記載する必要がありません。事務局が調べます。)

### 参考資料（おおよその数を記載ください）

所属施設の年間貯血式自己血輸血実施症例数	申請者の貯血式自己血輸血業務経験年数（通算）	貯血式自己血輸血実施症例数（通算）
例	年 月 日	例

(貯血記録の提出は必要ありません)

以下の項目を実施していることを認めます。

申請医師氏名 \_\_\_\_\_ ⑧

(申請者自署)

- 貯血式自己血輸血の適応を決定している。
- 自己血採血日の患者の全身状態チェックと採血の可否を決定している（自己血採血の可否の決定は自己血輸血責任医師が指導する医師が行ってもよい）。
- 貯血式自己血輸血に関する事項（採血方法，エリスロポエチンの適応，合併症対策，保管管理など）を管理し，看護師を教育・指導している。

様式3-2  
(原本とコピー1部)

日本自己血輸血学会教育セミナーまたは自己血輸血看護師制度協議会指定セミナーの受講証明書の写しあるいは日本自己血輸血学会学術総会または日本輸血・細胞治療学会総会（秋季シンポジウムも含む）の参加証の写しを添付ください。

上記の受講証明書の写しあるいは参加証の写しは 1 枚以上添付とします。また、受講証明書や参加証は 2007 年以降のものに限ります。