

学会認定・自己血輸血看護師認定試験 受験申請書

① 様式1(2頁;ワード文書)のアップロード

日本自己血輸血・周術期輸血学会ホームページからワード文書・様式1をPCでダウンロードし、**全項目(顔写真と印鑑除く)に電子入力(PC入力)**し、「日本自己血輸血学会ファイル登録サイト」へアップロード(ドラッグ&ドロップ)すること。

禁止項目: 1)文書の手書き、2)文書メール送信、3)スマホでのダウンロード

② 電子入力した様式1を印刷後、顔写真貼付・印鑑押印し、カラー文書作成。

様式1はアップロードとは別に他の申請書類とともに事務局へ郵送すること。

6ヶ月以内の 顔写真(横 3cm× 縦 4cm)を枠内に 貼付	申請日: 西暦 2025年 3月 30日	
	姓 名	
	フリガナ	ジコケツ ハナコ
	申請者氏名	自己血 花子 (印)
	生年月日	西暦1985年 5月 19日 40歳 性別 男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>

勤務先	施設名 医療法人 ○○会 ○○○○病院	部署名 看護部(輸血部)
	住所 〒 ○○○-○○○○ 東京都○○区○○2-15-4	
	TEL: 03-○○○-○○○○ (内線: ○○・直通)	Fax: 03-○○○-○○○○
自宅	住所 〒 ○○○-○○○○ 東京都○○区○○町2-29-5 ○○レジデンス○○号	
	TEL: 03-○○○-○○○○	Fax: 03-○○○-○○○○
	携帯電話: 090-○○○-○○○○	
E-mail:	○○○○@○○○○.ne.jp (事務局からのメールを受信でき、印刷可能な個人のメールを記載のこと。)	
事務局からの郵便物の郵送先	1. 所属先 2. ○自宅	
Zoom 接続チェック・合同講義の場所	1. ○職場 2. 自宅	

<郵送先・受験場所: いずれかに○または取り消し線または削除(delete)>

助産師資格を取得している方は取得日、卒業年月とともに助産師免許登録番号、助産師卒業学校名も記入のこと。その場合、助産師免許証も郵送のこと。

	取得日	登録番号
看護師免許	昭和・○平成・令和 25年 4月 6日	○○○○○○○
助産師免許	昭和・○平成・令和 27年 6月 10日	○○○○○○○

<年号: いずれかに○または取り消し線または削除(delete)>

	卒業年月	卒業学校名
看護師卒業	西暦 2013年 3月	○○大学附属高等看護学校
助産師卒業	西暦 2015年 3月	○○女子短期大学

職歴

- 看護師としての臨床経験は2年以上なければならない。
- 看護師免許取得後の職歴を5か所まではすべて記入すること。最初と現在(最終)の職歴は必須。
同一施設(病院)でも部署が異なる場合はそれぞれ別に記載のこと。
- 4か所以内の場合、退職・休職・助産師学校などへの進学などがある場合には追加記載(電子入力困難な場合には別紙に記載)。→入力見本参照
- 6か所以上の場合には超過するものを省略する。ただし、最初と現時点(最終)の職歴は必須。
- 最終職歴の年は現在とすること。→入力見本参照
- 准看護師および看護助手の職歴は除く。
准看護師を含まないと臨床経験が2年未満の場合には、准看護師の職歴を追加記載すること。その場合、准看護師免許証の写しが必要。

年 (西暦)	月から	年 (西暦)	月まで	期間	施設名	部署名
2015	3	2016	8	1年 6か月	〇〇〇大学附属病院	〇〇科外来
2016	9	2018	3	1年 7か月	〇〇〇大学附属病院	出産・休職
2019	4	2021	3	2年 0か月	〇〇〇大学附属病院	〇〇科外来
2021	4	2023	3	2年 0か月	〇〇〇大学附属病院	〇〇科外来
2023	4	現在		2年 0か月	医療法人 〇〇会〇〇〇〇病院	看護部・輸血部

* 臨床業務経験・自己血輸血業務経験(准看護師の経験は除く)

(自己血輸血実施経験がない場合は3か所ともに「0」を入力)

所属施設の年間自己血輸血実施症例数(実施ない場合は「0件」)	申請者の自己血輸血業務経験年数(通算)(経験ない場合は「0年0か月」)	申請者の自己血輸血実施症例数(実施ない場合は「0件」)
0件	0年 0か月	0件

* 他の看護師認定証取得の有無

(受験申請費用逦減希望者は該当認定証の写しを提出しなければならない)

臨床輸血看護師	〇あり なし <いずれかに〇または取り消し線または削除>
アフレーシスナース	あり 〇なし <いずれかに〇または取り消し線または削除>

* 受験申請者入会状況(会員番号不要)

日本自己血輸血・周術期輸血学会	〇あり なし <いずれかに〇または取り消し線または削除>
日本輸血・細胞治療学会	あり 〇なし <いずれかに〇または取り消し線または削除>

* 自己血輸血担当医師(責任医師含む)の氏名、施設名・部署名、メール、入会状況(会員番号不要)

医師氏名(フリカナ)	自己血 太郎(ジコケツ タロウ)
施設名・医師所属部署名	医療法人 〇〇会〇〇〇〇病院
メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇〇.ne.jp (医師本人が電子入力のこと)
日本自己血輸血・周術期輸血学会	〇あり なし <いずれかに〇または取り消し線または削除>
日本輸血・細胞治療学会	〇あり なし <いずれかに〇または取り消し線または削除>