

血漿交換療法研修申込書

1) 研修者氏名 _____ 印

資格 臨床工学技士 看護師 准看護師

日本アフェレシス学会認定技士 有 無

賠償責任保険 加入 未加入

HBVワクチン接種 済 未

2) 勤務施設 _____

3) 所属 _____

4) 勤務先施設長 _____ 印

5) 勤務先住所 _____

6) 勤務先電話 _____

Mail _____

7) 研修希望 (内をチェックする)

医療機関(臨床系)

単純血漿交換法・対象疾患等 _____

二重濾過血漿分離交換法・対象疾患等 _____

血漿吸着法・対象疾患等 _____

血液吸着法・対象疾患等 _____

企業 (基礎系)

単純血漿交換法・器材・装置等 _____

二重濾過血漿分離交換法・器材・装置等 _____

血漿吸着法・器材・装置等 _____

血液吸着法・器材・装置等 _____

8) 希望研修先

第1) _____

第2) _____

申込み受付

事務局 (技術委員会) _____ 年 _____ 月 _____ 日 印

履歴書

1) 研修者氏名 _____

2) 生年月日 _____

3) 職歴

_____年

_____年

_____年

4) 血漿交換療法 (実績等)

誓約書

研修施設 _____

施設長 _____ 殿

貴施設の規律を守り、研修中は、指導者の指示に従って行うことを誓います。
また、研修で知り得た患者様の情報については、臨床工学技士法、保健師助産師看護師法、個人情報保護に関する法律に基づいて遵守することを誓います。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

研修者 _____ 印