

全国輸血研修会 3ヶ年計画「医療機関における輸血業務一元化に向けて」
安全で信頼のもてる輸血療法のために

受講申込書

ふりがな		性別	男	女	
氏名		年齢		歳	
職業	臨床衛生 検査技師	日臨技会員	会員番号：_____		
		日臨技非会員	_____		
		所属技師会	_____		
		日本輸血学会会員	非会員		
		担当	輸血関連業務	_____	
			その他	_____	
		経験	輸血関連業務	_____年	_____月
	その他		_____年	_____月	
		認定輸血検査技師制度認定	有	無	
	医師・歯科医師	輸血部	診療科	_____科	
		日本輸血学会会員	非会員		
	看護師	輸血部	診療科	_____科	
日本輸血学会会員		非会員			
薬剤師	日本輸血学会会員	非会員			
事務職員	担当	_____			
その他	職業	_____			
勤務先名	_____				
勤務先所在地	〒_____				

	電話	：_____（_____）_____	FAX	：_____（_____）_____	
	e-mail：_____				
輸血業務一元管理	有	< 有の場合は、その内容を具体的に記載して下さい。 >			
	無				
受付	No.	備考	_____		

【注意】 申込書の記載事項は、必ず記入して下さい。二重線枠内には、記入しないで下さい。