

造血細胞移植コーディネーター（HCTC）認定取得計画書**1. 認定取得予定者**

- (1). 氏名 : _____
- (2). HCTCとしての在職歴 ※ 在職証明書も添付すること

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

2. 業務実績

- (1). HCTCとしての業務開始時期 : 平成____年__月 開始
HCTCとしての業務経験年数 : _____年 ____ヶ月
- (2). HCTCとしての対応処理件数
- ・ 患者コーディネート _____件(血縁____件・非血縁____件)
 - ・ ドナーコーディネート _____件(血縁____件・非血縁____件)
- (3). 各種学会研修受講歴
- ・ HCTC研修会の受講歴 : 有・無 (いずれかを丸で囲むこと)
 - ・ HCTC実地研修の受講歴 : 有・無 (いずれかを丸で囲むこと)
- (4). 現在の業務に占めるHCTCの業務の割合
- ① 100% ② 50%以上 ③ 50%未満 (①・②・③のいずれかを記載) _____

3. 日本造血細胞移植学会の認定取得にむけた計画

- (1). 認定取得見込み : 平成____年度中
- (2). 具体的な計画(下記に記載すること)

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

上記「1. 認定取得予定者」、「2. 業務実績」に相違がないこと及び造血幹細胞移植推進拠点病院に選定された際には、上記「3. 日本造血細胞移植学会の認定取得にむけた計画」を確実に実施することを約束します。

平成____年____月____日

病院長 : _____ 印