○年○月○日

公益財団法人 日本骨髄バンク

理 事 長 　小寺　良尚　様

一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会

理 事 長 　豊嶋　崇徳　様

○○病院

院長　○○○○

非血縁者間末梢血幹細胞採取施設(新規)の認定申請について

兼　非血縁者間骨髄採取施設認定　免除申請書

当院を貴法人の非血縁者間末梢血幹細胞採取施設として認定していただきたく、ここに申請いたします。

なお、以下の理由により、非血縁者間骨髄採取施設認定を免除して頂きたく併せて申請いたします。

記

免除申請理由(概略):

以上

別添資料

・非血縁者間末梢血幹細胞採取施設 新規認定施設調査チェックリスト

・非血縁者間骨髄採取施設　免除申請書(詳細)

非血縁者間骨髄採取施設認定　免除申請書(詳細情報)

■地域の状況(他施設の状況等)

■採取責任医師の経験数

　　氏　　　名　　　　卒業年（西暦）　　骨髄採取経験数　直近5年間骨髄採取経験数

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例　 　　　　　　例

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例　 　　　　　　例

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例　 　　　　　　例

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例　 　　　　　　例

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例　 　　　　　　例

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例　 　　　　　　例

■調整活動等への貢献度

調整医師所属人数　: 名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 実　施　件　数 (平均) | | |
|  | 年 | 年 | 年 |
| 確認検査面談実績 | 件/人 | 件/人 | 件/人 |
| 最終同意面談実績 | 件/人 | 件/人 | 件/人 |

■採取実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 骨髄採取術 | | 末梢血幹細胞採取術 | |
| 同種 | 自家 | 同種 | 自家 |
| 年 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 年 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 年 | 件 | 件 | 件 | 件 |

■免除理由(詳細)

(血縁骨髄採取不可理由等可能な限り詳細に御記入ください。)

施 設 名　：

所　　属　：

申請者名　：