|  |
| --- |
| （様式1）**一般社団法人日本組織移植学会****認定コーディネーター再更新申請書**西暦　　　　年　　　月　　　日一般社団法人日本組織移植学会認定委員会 御中日本組織移植学会認定コーディネーター制度規則および同施行細則に基づき、日本組織移植学会認定コーディネーターとして更新申請いたします。氏名 ：　　　 印生年月日 ：西暦　　　　　年　　　　月　　　　日現住所 ：〒施設名 ：所属 ：施設所在地 ：〒施設電話番号 ：施設FAX番号：E-mail　　　 ：日本組織移植学会会員番号　：　　　　　 |
| （様式2）**履歴書**氏名 ：　　　 印現住所 ：〒最終学歴 ：　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　　年　　　　月卒業医療国家資格 ：　 （保持者のみ）職歴　 ： |
| （様式3）**移植コーディネーター実績（認定期間中）** |
| １．セミナー・勉強会への参加（参加証コピーは様式４へ貼付のこと） |
| ①　本学会主催の移植コーディネーターセミナー | 10点 | 回 | 点 |
| ②　日本臓器移植ネットワーク主催の臓器移植セミナー | 5点 | 回 | 点 |
| ③　各組織毎に開催される講習会 | 10点 | 回 | 点 |
| 1. 関連学会、研究会、団体の主催するセミナー・

ワークショップ等への参加 | 5点 | 回 | 点 |
| 合計 | 回 | 点 |
| ２．Ｃｏ業務経験１：コーディネーション |
| ①　初期情報の収集 | 1点 | 件 | 点 |
| ②　ご家族へのI.C | 2点 | 件 | 点 |
| ③　手術室の対応 | 1点 | 件 | 点 |
| ④　提供後の家族の訪問 | 1点 | 件 | 点 |
| ⑤　組織提供に至った経験 | 3点 | 件 | 点 |
| 合計 | 件 | 点 |
| ３．Ｃｏ業務経験２：普及啓発 |
| 1. 提供病院職員説明会
 | 5点 | 件 | 点 |
| 1. 提供施設への啓発ツール設置
 | 3点 | 件 | 点 |
| 1. 提供病院定期訪問
 | 2点 | 件 | 点 |
| 1. 教育機関での勉強会・講演
 | 5点 | 件 | 点 |
| 1. 一般市民への啓発活動
 | 5点 | 件 | 点 |
| 合計 | 件 | 点 |
| ４．学会研究発表等 |
| 1. 学会参加（地方会・研究会）
 | 1点 | 回 | 点 |
| 1. 学会参加（全国学術集会）
 | 2点 | 回 | 点 |
| 1. 学会参加（国際学会）
 | 2点 | 回 | 点 |
| 1. 学会発表（日本組織移植学会）
 | 8点 | 回 | 点 |
| 1. 学会発表（国際学会）
 | 7点 | 回 | 点 |
| 1. 学会発表（全国学術集会）
 | 5点 | 回 | 点 |
| 1. 学会発表（地方会・研究会）
 | 3点 | 回 | 点 |
| 1. 論文発表（和文・学会誌）
 | 5点 | 回 | 点 |
| 1. 総説など
 | 3点 | 回 | 点 |
| 1. 論文発表（英文）
 | 10点 | 回 | 点 |
| 合計 | 回 | 点 |
| （様式4）**施設長推薦書ならびに施設在籍証明書**一般社団法人日本組織移植学会認定委員会　御中氏名 ：　　　 施設名 ：所属 ：上記の者は、自施設に在籍することを証明いたします。また上記の者の履歴書、コーディネーター実績を確認した結果、その内容に相違無いと認め、日本組織移植学会認定コーディネーター更新に推薦いたします。西暦　　　　年　　　月　　　日施設名　　　 ：所属　　　　 ：施設長(所属長)　： 　　　　　　　　　　　　　　印施設長（所属長）の日本組織移植学会会員番号：　※施設長（所属長）も当学会会員であることが望ましいですが、　 　会員でない場合は空欄のままでご提出ください。 |
| （様式5）**学会参加証明書およびセミナー****参加証明書**　　日本組織移植学会学術集会 参加記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 開催回 | 開催日 | 参加証番号 |
| 1 | 第　　回 | 西暦　　年　　　月 |  |
| 2 | 第　　回 | 西暦　　年　　　月 |  |
| 3 | 第　　回 | 西暦　　年　　　月 |  |

　　日本組織移植学会主催　セミナー参加記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 開催回 |  | 開催回 |
| 1 | 　　　年　第　　回 | 4 | 　　　年　第　　回 |
| 2 | 　　　年　第　　回 | 5 | 　　　年　第　　回 |
| 3 | 　　　年　第　　回 | 6 | 　　　年　第　　回 |

　　　学術集会、セミナーともに参加記録に記入するとともに、参加証明書のコピーを裏面、または自身で用意した別紙（白紙）に重ならないように添付すること関連学会セミナー、講習会など（様式3‐1②～④）の参加証コピーを裏面、または自身で用意した別紙（白紙）に重ならないように添付すること関連学会（総会・地方会）など（様式3‐4①～②）の参加証コピーを裏面、または自身で用意した別紙（白紙）に重ならないように添付すること |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式6）認定期間内（3年または5年）で新たに取り組んだ活動を書きなさい。また、そこから何を得られたか、今後の目標計画と共に書きなさい。 |

（様式7）

認定期間内（3年または5年）で経験した症例について問題点を含め、下記の通り挙げよ。報告できる症例は1件以上20件までとする。

**情報受信日**　　　　　　　年　　　月　　　日　**提供病院の所在地**　　　　　　　県

**年齢**　　　　歳代　　　　**性別**　 M　／　F

**原疾患**

**提供に至った臓器・組織（ なし ・ 臓器《　　　　 　 》 組織《　 　　　　》）**

**経過**【ドナーの経過だけではなく、情報受信から提供までの自身の活動内容を報告せよ】

**注意した点、及び反省点**

**提供後のフォローアップ**

（様式8）

認定期間内（3年または5年）で行った医療機関・団体に対する啓発活動について下記の通り挙げよ。報告できる医療機関・団体数は1件以上5件までとする。

**医療機関・団体名**

**医療機関・団体の特徴**

**活動内容**

**活動から得られた実績**【医療機関の場合は提供情報事例も記載】

**今後の活動予定**

|  |  |
| --- | --- |
| （様式９）**審査料振込み記録【必須】****再更新**審査料の振込金受取書または振込ご利用明細書のコピーを以下に貼付して下さい。又、振込みの際は、振込み証明書と振込み口座通帳の照合をする都合上、必ず申請者の氏名にてお願いします。不都合がある場合は、その旨ご連絡下さい。（インターネットを利用する場合は、振込時の金額、振込内容がわかるページを印刷し貼付して下さい）

|  |
| --- |
| 審査料振込み証明書添付（コピー可） |

※銀行振込み（ＡＴＭ）の場合は、残高金額等が表示される場合があります。不都合であれば黒く塗りつぶして下さい。 |