

日本血栓止血学会 認定技師制度

認定技師申請書

※ 申請番号：

※は記入しないで下さい

日本血栓止血学会 御中

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

申請者氏名： _____

所属施設： _____

会員番号： _____

*会員番号は日本血栓止血学会ホームページの会員専用ページにログインし確認できます

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

臨床検査技師免許証 取得年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学会入会年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日（会員歴 _____ 年*）

*本会の会員歴が3年以上であること

本会代議員である はい いいえ

業績目録

*申請者は業績として以下に定める規定のうち、**50単位以上**を取得していること

*本会代議員は、2026年度、2027年度申請に限り、認定技師制度施行細則第8条に則り、業績目録の提出は不要とする

- 1) 過去5年間の日本血栓止血学会（以下、本会）学術集会および SSC シンポジウムの出席（各々10 単位）
 - 2) 同上における発表（筆頭演者 10 単位、共同演者 2 単位）
 - 3) 同上における司会または座長（5 単位）
 - 4) 同上における教育講演（講師 1 領域につき 10 単位、聴講 1 領域につき 5 単位）
領域とは、1. 止血機能検査、2. 血小板、3. 凝固・線溶系出血疾患、4. 凝固・線溶系血栓性疾患、5. DIC/TMAの5つとする（定められた教育講演5領域中1.を含む3領域以上を必須項目とする）
 - 5) 査読のある血栓止血領域の論文発表（筆頭著者 10 単位、共著者 5 単位）
 - 6) 日本検査血液学会の認定血液検査技師の資格取得（10単位）
 - 7) 一級臨床検査士（血液）の資格取得（10単位）
 - 8) その他認定資格取得（血栓止血認定医・認定技師制度委員会で審議）（5 単位）
- ※ 6, 7, 8 はいずれか一つを単位として認める

①出席

		出席会名	開催年月(西暦)	単位
1	第 回	<input type="checkbox"/> 学術集会・ <input type="checkbox"/> SSC	____年____月	
2	第 回	<input type="checkbox"/> 学術集会・ <input type="checkbox"/> SSC	____年____月	
3	第 回	<input type="checkbox"/> 学術集会・ <input type="checkbox"/> SSC	____年____月	
4	第 回	<input type="checkbox"/> 学術集会・ <input type="checkbox"/> SSC	____年____月	
5	第 回	<input type="checkbox"/> 学術集会・ <input type="checkbox"/> SSC	____年____月	
6	第 回	<input type="checkbox"/> 学術集会・ <input type="checkbox"/> SSC	____年____月	
7	第 回	<input type="checkbox"/> 学術集会・ <input type="checkbox"/> SSC	____年____月	
8	第 回	<input type="checkbox"/> 学術集会・ <input type="checkbox"/> SSC	____年____月	
9	第 回	<input type="checkbox"/> 学術集会・ <input type="checkbox"/> SSC	____年____月	
10	第 回	<input type="checkbox"/> 学術集会・ <input type="checkbox"/> SSC	____年____月	

②学会発表（記入欄が足りない場合は行を適宜追加してください）

	出席会名	開催年月	セッション名	演者区分	単位
1	第____回 <input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年____月		<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共同	
2	第____回 <input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年____月		<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共同	

3	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月		<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共同	
4	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月		<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共同	
5	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月		<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共同	
6	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月		<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共同	

③司会・座長（記入欄が足りない場合は行を適宜追加してください）

		出席会名	開催年月	セッション名	単位
1	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月		
2	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月		
3	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月		
4	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月		
5	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月		
6	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月		

④教育講演（教育講演5領域中1.を含む3領域以上を必須項目とする）

講師と聴講についてはいずれか一つを選択してください

（記入欄が足りない場合は行を適宜追加してください）

		出席会名	開催年月	領域	講師/聴講	単位
1	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月	<input type="checkbox"/> 1. 止血機能検査 <input type="checkbox"/> 2. 血小板 <input type="checkbox"/> 3. 凝固・線溶系出血疾患 <input type="checkbox"/> 4. 凝固・線溶系血栓性疾患 <input type="checkbox"/> 5. DIC/TMA	<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 聴講	
2	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 聴講	
3	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 聴講	
4	第__回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	____年__月	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 聴講	

5	第____回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	_____年____月	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 聴講
6	第____回	<input type="checkbox"/> 学術集会 <input type="checkbox"/> SSC	_____年____月	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 聴講

⑤論文

「掲載論文の DOI」が付されないものについては「DOI なし」を選択してください

(記入欄が足りない場合は行を適宜追加してください)

	誌名	巻号	タイトル	著者区分	単位
1		第____巻____号 (____年、____頁) DOI : _____ <input type="checkbox"/> DOI なし		<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著	
2		第____巻____号 (____年、____頁) DOI : _____ <input type="checkbox"/> DOI なし		<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著	
3		第____巻____号 (____年、____頁) DOI : _____ <input type="checkbox"/> DOI なし		<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著	
4		第____巻____号 (____年、____頁) DOI : _____ <input type="checkbox"/> DOI なし		<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著	
5		第____巻____号 (____年、____頁) DOI : _____ <input type="checkbox"/> DOI なし		<input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著	

⑥、⑦、⑧資格

	資格名	資格番号	取得年月(西暦)	単位
1			_____年____月	

業績計： _____ 単位

活動証明書

日本血栓止血学会 御中

申請者氏名：_____

申請者は、所属施設において組織的、系統的に血栓止血異常症にかかわる臨床検査あるいは教育・研究の履歴があることを証明します。

血栓止血領域の検査歴3年と他の検査歴を含めて通算5年以上の検査業務の経験、または血栓止血領域の教育・研究に5年以上従事していることを記載

	期間	施設	活動内容
例1	2019年4月～現在	血栓止血学会病院	血液検査室所属3年
例2	2019年4月～現在	血栓止血学会研究センター	血栓止血領域の教育・研究に従事
1			
2			
3			
4			
5			

_____年____月____日

証明者

所属施設または診療部門：_____

役職：（ 施設長 ・ 所属長 ・ その他：_____ ）

*○または具体的に記載して下さい。

氏名：_____ 印

申請者本人がそれらの役職の場合は、証明者の氏名欄の後ろに「本人」と記載すること。