

認定ドナーコーディネーター 養成プログラム開始登録申請書

(西暦) 年 月 日

認定ドナーコーディネーター協議会 会長 殿

認定ドナーコーディネーター協議会 認定コーディネーター制度規則に従い、
認定ドナーコーディネーター養成プログラム開始登録を申請します。

(写真)

横 3 cm × 縦 4 cm

もしくは

横 3.5 cm × 縦 4.5 cm

裏面氏名記載

氏名: 生年月日: 年 月 日

住所: 〒 -

現所属医療機関: 職種:

メールアドレス:

<開始登録の条件>

・ 臓器提供の経験（施設条件及び個人条件）

提供事例※1年月	施設名	施設条件(重複不可)	個人条件(重複可)
年 月		☐ 現所属医療機関である ☐ 現所属医療機関ではない	☐ 提供事例※1 対応もしくは支援の経験あり ☐ 同意取得場面への同席経験あり
年 月		☐ 現所属医療機関である ☐ 現所属医療機関ではない	☐ 提供事例※1 対応もしくは支援の経験あり ☐ 同意取得場面への同席経験あり
年 月		☐ 現所属医療機関である ☐ 現所属医療機関ではない	☐ 提供事例※1 対応もしくは支援の経験あり ☐ 同意取得場面への同席経験あり
年 月		☐ 現所属医療機関である ☐ 現所属医療機関ではない	☐ 提供事例※1 対応もしくは支援の経験あり ☐ 同意取得場面への同席経験あり
年 月		☐ 現所属医療機関である ☐ 現所属医療機関ではない	☐ 提供事例※1 対応もしくは支援の経験あり ☐ 同意取得場面への同席経験あり
年 月		☐ 現所属医療機関である ☐ 現所属医療機関ではない	☐ 提供事例※1 対応もしくは支援の経験あり ☐ 同意取得場面への同席経験あり

・ 勤務経験（直近の経歴から記載し、勤務期間は西暦で記載すること。）

勤務期間	勤務施設 部署名	臓器提供に関する役務の有無
年 月から 年 月まで		☐ 院内コーディネーター等 ☐ 特になし ☐ 都道府県臓器移植コーディネーター
年 月から 年 月まで		☐ 院内コーディネーター等 ☐ 特になし ☐ 都道府県臓器移植コーディネーター
年 月から 年 月まで		☐ 院内コーディネーター等 ☐ 特になし ☐ 都道府県臓器移植コーディネーター
年 月から 年 月まで		☐ 院内コーディネーター等 ☐ 特になし ☐ 都道府県臓器移植コーディネーター

※1 脳死下臓器提供事例(眼球のみの事例を除き、脳死判定後に臓器提供がなされなかったものを含む)

事務局記載欄 研修者番号