

【様式－3】 透析支援 臨床工学技士 用

COVID-19 透析スタッフ支援事業本部様(事業担当者宛て e-mail: kanae.hashimoto@sapmed.ac.jp)

### 支 援 臨 床 工 学 技 士 登 録 票

令和          年          月          日	
下記のとおり、「支援臨床工学技士」として、登録致します。	
<div style="text-align: center;">登録者情報</div>   <div style="text-align: center;">勤務先等の情報 (フリーランスの方は 登録可能な情報)</div>	(フリガナ) 性 別: _____ 氏 名: _____ 業務歴:    年 生年月日 (西暦)                            年          月          日 連絡がつきやすい電話番号 所属施設名: _____ 職名 〒 住 所: _____ T E L :                            F A X : E - mail: _____
業務経験について (○で選択ください→)	・人工透析室業務 (従事歴: _____ 年、穿刺歴: _____ 年) ・ご使用経験コンソール      日機装      ニプロ      東レ      JMS ・PPE 使用や COVID-19 対応経験      あり ・ なし
専用メーリングリストへの登録	可 ・ 否
活動報告の公開	可 ・ 否
およその対応可能日数 (○で選択ください)	・3～5 日程度 ・1 週間程度 ・その他( _____ )
在籍施設の情報 (○で選択ください)	DMAT あり      JMAT あり      JHAT あり      なし      不明 ・その他( _____ )
施設長の承諾・推薦	・あり                            ・なし                            ・後日、確認予定
会員情報(該当者のみ記載)	北海道臨床工学技士会    会員番号( _____ )
その他 対応可能業務情報 (対応可能な業務がございましたら、○で選択ください)	・集中治療室業務全般 ・手術室業務全般              ・内視鏡室              ・血管造影室 ・高気圧酸素療法 ( 1種 ・ 2種 ) ・医療機器管理              ・他( _____ )
その他 (連絡事項がありましたら ご記載ください)	

* 事業本部記載欄: 登録日                            年          月          日
---