**入会申請時調査票**

施設会員・準施設会員としての参加申請を審査するため、以下にお答えください。

１.　昨年 年間(1月から12月)に貴院で診療した新規患者数をお答え下さい。

　 　ＡＭＬ 例

　　 ＡＬＬ 例

　 　ＣＭＬ 例

　 　ＭＤＳ 例

２．無菌室治療加算要件を満たす病室はありますか？

　　　　　　ある　（　　　　　床）・　　　ない

３．造血幹細胞移植を施設内で行っていますか？

 行っていない　・　自家移植のみ　・　同種移植を行っている

４．貴院の血液内科常勤医（後期研修医以上）は何名ですか？

常勤医　　　　　　　名

そのうち、

　　　　　　 日本血液学会認定血液専門医　　　名

５．施設会員・準施設会員のどちらを希望されますか？

　（施設会員を希望されても審査の結果、準施設会員となる場合があります）

 施設会員　・　準施設会員　・　どちらでもよい

 　　年　　　月　　　日

　　　　　　 　　施設名：

　　　　　　　　　　　　科

記載者氏名：