**イットリウム-90標識抗CD20抗体を用いた放射免疫療法の安全取扱講習会 受講記録（例）**

確認日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日

講習会受講年月日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | 氏名 | 職種\* |
|  |  | 血液 ・ 放射線 ・ 薬剤調製 |
|  |  | 血液 ・ 放射線 ・ 薬剤調製 |
|  |  | 血液 ・ 放射線 ・ 薬剤調製 |
|  |  | 血液 ・ 放射線 ・ 薬剤調製 |
|  |  | 血液 ・ 放射線 ・ 薬剤調製 |
|  |  | 血液 ・ 放射線 ・ 薬剤調製 |

\*) 「造血器悪性腫瘍の治療に係る医師」、「放射線治療に係る医師」、「左記以外の方が抗体の標識調製に携わる場合における抗体の標識調製に携わる医師又は薬剤師」の受講区分を記して下さい。

確認者：

**イットリウム-90標識抗CD20抗体を用いた放射免疫療法 実施責任者名の記録（例）**

年　　　　　月　　　　　日　　　確認者：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 所属 | 氏名 | 安全取扱講習会受講（予定）日 |
| イットリウム-90標識抗CD20抗体を用いた放射免疫療法の実施責任者 |  |  | 受講 ・ 受講予定 |
|  |  | 受講 ・ 受講予定 |
|  |  | 受講 ・ 受講予定 |
|  |  | 受講 ・ 受講予定 |
|  |  | 受講 ・ 受講予定 |

**教育訓練研修の実施記録**

報告日： 年 月 日

報告者：

|  |  |
| --- | --- |
| 教育訓練の目的 | 初期教育・訓練　　　講習会受講医師の転勤・留学　　　講習会受講薬剤師の転勤・留学　　　再教育・訓練　　　その他（　　　　　 ） |
| 研修実施年月日 | 年　 　月 　　日 | 実施総時間数 | 時間 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施内容 | 使用したテキスト、教材 | 時間 | 講師名 |
| 放射線安全管理 | ：法令、届出事項及び退出基準 |  |  |  |
|  | ：内用療法用放射性医薬品の安全管理 |  |  |  |
|  | ：放射線測定及び放射性廃棄物の安全管理 |  |  |  |
| 臨床応用 |  |  |  |
| 読影・判定について |  |  |  |
| 内用療法用放射性医薬品の安全取扱い | ：コールドラン |  |  |  |
| （標識調製操作の実習） | ：ホットラン | 標識率測定結果（　 　%） |  |  |

|  |
| --- |
| 教育訓練講習受講者 |
| 所属 | 氏名 | 所属 | 氏名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

年 月 日　　　管理者承認：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施責任者承認：