

生涯教育認定専門 20
新臨技発第 号
平成 27 年 5 月 21 日

会員各位

(一法)新潟県臨床検査技師会
会 長 渡邊 博昭
輸血細胞治療部門長柴田真由美

平成 27 年度「輸血細胞治療部門 輸血検査実技講習会」

開催のご案内

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、輸血細胞治療部門では、輸血検査実技講習会を下記のとおり開催することといたしました。

初心者から上級者まで、それぞれに見合った検体を準備するとともに、認定輸血検査技師がスタッフとして懇切丁寧に指導いたします。

ご多用のこととは存じますが、奮ってのご参加をお待ちしております。

記

1. 日 時 平成 27 年 7 月 26 日 (日) 9:30 ~ 16:30 (予定)
2. 会 場 新潟大学医歯学総合病院 2 階 輸血検査室
3. 募集人数 15 名 (先着順)
* 申し込み者多数の場合は同一施設内で調整させていただくことがあります。
4. 募集コース A (基礎コース) ・ B (認定および技能維持コース)
5. 参加費 会員 5,000 円 非会員 15,000 円
6. 申し込み方法 申込書に必要事項をご記入のうえ FAX 送信願います。

申し込み開始日は 6 月 22 日 (月) です。予めご了承ください。

平成 27 年度新臨技 輸血細胞治療部門輸血検査実技講習会 申込書

FAX 送信先： 新潟労災病院

中央検査部 山崎 健 行き

FAX 番号： 025-544-5210

<お問い合わせは、Tel025-543-3123 まで>

施設名： _____

TEL 番号： _____ FAX 番号： _____

氏名・会員番号	コース	弁当
氏名： _____ 会員No.(_____) 輸血検査歴(約 _____ 年) 認定試験受験予定： 有 (今年度 or 来年度以降) ・ 無	A ・ B	
氏名： _____ 会員No.(_____) 輸血検査歴(約 _____ 年) 認定試験受験予定： 有 (今年度 or 来年度以降) ・ 無	A ・ B	
氏名： _____ 会員No.(_____) 輸血検査歴(約 _____ 年) 認定試験受験予定： 有 (今年度 or 来年度以降) ・ 無	A ・ B	

※お弁当(700円程度)を申し込まれる方は、欄に○をご記入ください。

※ お申し込み後、概ね 1 週間程度で申込確認連絡書を FAX 返信いたします。返信がない場合はお問い合わせください。

※ 準備の都合上、申し込み後のキャンセルはご遠慮願います。

【各コースについて】

A コース<基礎コース>

血液型、不規則抗体検査を実施し、凝集の見方、試験管の振り方等、初歩的な技術・考え方の習得を目指します。新人や専門に輸血検査をやられていない初心者、初級レベルの方はこちらのコースを選択ください。

B コース <認定および技能維持コース>

血液型、不規則抗体検査、抗体解離試験等を実施し、総合的に輸血検査の理解を深めます。専門に輸血検査をやられている方や、ある程度の基礎技術を持っている中級者レベル以上の方はこちらを選択ください。