

平成 29 年度 四国・高臨技輸血検査研究班研修会

- 1) 研修会名：平成 29 年度 四国・高臨技輸血検査研究班研修会
- 2) 日程：平成 29 年 8 月 19 日（土）・20 日（日）
初級は 8 月 19 日（土）1 日のみで終了／中級は 8 月 19 日（土）・20 日（日）の 2 日間
- 3) 場所：高知大学医学部 実習棟 3 階 第 1 講義室（受付、講義）
実習棟 2 階 第 3 実習室（実習）
- 4) 参加資格：初級・中級ともに四国四県の臨床検査技師会会員
- 5) 募集人数：先着 初級 30 名 / 中級 20 名
- 6) 参加費：初級 10,000 円 / 中級 20,000 円 ※昼食代 1,000 円 / 1 食（初級 1 食・中級 2 食）含む
- 7) 研修会日程：
8 月 19 日（土）：初級・中級
9：30～10：00 受付
10：00～10：10 挨拶
10：10～11：10 講義 1：「輸血用血液製剤の基礎」
11：10～12：10 講義 2：「輸血検査の基礎」「本日の実技演習について」
12：10～13：00 昼食
13：00～17：00 実技演習
（初級は 17：00～17：30 初級検体解説をします / 中級は 17：00 で終了）
8 月 20 日（日）：中級
9：00～15：00 実技演習（昼食含む）
15：00～16：00 中級検体解説・総合討論
16：00～ 閉会
- 8) 主催：（一社）高知県臨床検査技師会
- 9) 生涯教育点数：専門 初級 20 点 / 中級 30 点
- 10) 申込先：近森病院 臨床検査部 森 綾
TEL：088-822-5231（内線 2333） e-mail：yuketsu.a@chikamori.com
FAX：088-825-1017
- 11) 申込方法：所定の参加申込書に必要事項を記載のうえ、FAX で申込してください
- 12) 申込期間：6 月 19 日（月）～7 月 7 日（金） / 振込みは 7 月 7 日（金）までをお願いします
- 13) 参加費振込先：四国銀行 旭支店 普）0694158
（イッパ）コウチケンリンシヨウケンサギシカイ リジ カガラ カツミ
（一社）高知県臨床検査技師会 理事 小倉 克巳
※振込者名に、受講者氏名と会員番号の入力をお願いします
例）コウチ タロウ 123456
- 14) 持参物：日臨技会員証、試験管立て（12×75 ミリの試験管を使用）、白衣、タイマー、
生理食塩液用噴射びん、筆記用具（マジック含む）、検査用手袋、
中級のみ（エッペンドルフピペット 100μL 用と 100～1000μL 可変式＋ピペット先）

* 参加費入金確認後、7月28日（金）までに案内状を添えて受付確認メールを送信します
7月28日（金）までにメールが届かない場合はお問い合わせ下さい（受講票は発行しません）
原則として入金後の参加費返金はできませんのでご了承下さい

* 定員になり次第受付は締め切ります。定員オーバーで参加の受付ができない場合は、参加申込のFAXを確認次第、参加の受付ができないことを電話連絡させていただきますのでご了承ください

平成 29 年度輸血検査研修会参加申込書

(フリガナ) 氏 名	
勤 務 先	
勤務先住所	〒 -
電 話 番 号	() - 内線
e - mail (※必須)	
所属技師会	
会 員 番 号	
輸血経験年数	
希望コース	初 級 ・ 中 級