

輸血・細胞治療部門

平成 27 年 4 月 10 日

会員各位

一般社団法人
福井県臨床検査技師会
輸血細胞治療部門
部門長 押野 寛美

輸血検査実技講習会のお知らせ

拝啓

時下、皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。日頃は技師会活動にご理解ならびにご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて平成 27 年度の実技研修会を下記のとおり開催致します。この実技講習会では初級者を対象に血液型検査・不規則抗体検査・交差適合試験についての基本的な手技の習得を目的としています。新たに輸血検査を担当されている方、当直等で輸血検査に携わっている方、輸血検査に興味のある方、どなたでもご参加ください。

なお、当日は白衣、タイマー、油性ペン、筆記用具などをご持参下さい。

また、昼食の準備はありませんので各自ご用意下さい。

参加を希望される方は 5 月 21 日（木）迄に E-mail または別紙申込書にてお申し込みください。

敬具

記

日 時 : 平成 27 年 6 月 14 日 (日) 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
会 場 : 福井県立病院 4 階 検査室
内 容 : 血液型検査 (ABO・Rh₀(D))、不規則抗体検査、交差適合試験
受講料 : 3,000 円 (非会員 4,000 円) (当日徴収します)
募集人数 : 福井県臨床検査技師会会員 20 名程度
担 当 : 輸血細胞治療部門 世話人
責任者 : 福井県立病院 輸血検査室 押野 寛美 0776-57-2919

[生涯教育 専門-20 点]

平成 27 年度 輸血検査実技講習会 参加申込書

日時：6 月 14 日（日）

（受講料 3000 円）

（非会員受講料 4000 円）

施設名・部署：_____

TEL：（_____） _____

FAX：（_____） _____

技師会会員番号：_____

参加者氏名：_____（輸血検査経験年数） _____ 年

申込先：〒910-1193

吉田郡松岡町下合月 23-3

福井大学医学部附属病院 輸血部

海老田 ゆみえ 宛

E-mail：takazawa@u-fukui.ac.jp

TEL：(0776) 61-3111 内線 3530

FAX：(0776) 61-8152

※ 5 月 21 日（木）までに E-mail または FAX にてお申し込みください。