

輸血細胞治療部門

平成 29 年 9 月 1 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 海老田 ゆみえ

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 29 年度の輸血検査実技講習会を下記のとおり開催致します。この実技講習会では、凝集反応の見方・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。主に初級者を対象にしておりますが、輸血検査の基本を習得されたい方、日当直等で輸血検査に携わっている方、輸血検査に興味がある方、どなたでもご参加ください。

当日は、白衣、タイマー、油性ペン、筆記用具、感染予防具（検査用手袋等）をご持参下さい。

輸血のための検査マニュアル ver_1.3.1（日臨技 HP の資料ガイドライン→その他の資料の項にあります）を各自印刷・熟読し、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 11 月 17 日（金）までに E-mail または FAX（別紙申込書）にてお申し込み下さい。

敬具

記

日 時 : 平成 29 年 12 月 3 日（日） 9:00 ～ 16:00
会 場 : 福井大学医学部附属病院 外来・中央診療棟 3 階 輸血部
内 容 : 凝集反応の見方、血液型検査（ABO・RhD）、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 : 福井大学医学部附属病院 輸血部 海老田 ゆみえ 0776-61-3111（6530）

[生涯教育 専門－20 点]

平成 29 年度 輸血検査実技講習会 参加申込書

日時：平成 29 年 12 月 3 日（日）

（受講料：3,000 円）

（非会員受講料：4,000 円）

施設名・部署：_____

TEL：（_____） _____

FAX：（_____） _____

Mail：_____

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

FAX：(0776) 61-8152

※ 11 月 17 日（金）までに E-mail または FAX にてお申し込み下さい。

※ E-mail でのお申込みは、件名を「輸血実技講習会参加申込み」とし、本文に上記内容をご記入下さい。