

会 員 各 位

(社)新潟県臨床検査技師会  
会 長 渡邊博昭  
輸血・移植検査部門長 上村正巳

## 平成 25 年度 第 2 回 「輸血・移植検査部門 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・移植検査部門では、今年度 2 回目の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。今回は、第 1 回（平成 25 年 7 月 21 日開催）の募集人員枠から多数の方が漏れたことから臨時開催するものです。まだ若干の余裕がありますので、あらためて会員の皆様にご案内申し上げます。

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 25 年 9 月 29 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。  
第 1 回に参加できず今回参加希望される方も改めてお申込みください。  
第 1 回に参加された方は今回参加できません。  
申し込み開始日は 9 月 2 日（月）です。予めご了承ください。

平成 25 年度 第 2 回 輸血・移植検査部門 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.( )	A・B	
氏名：	会員No.( )	A・B	
氏名：	会員No.( )	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、クロスマッチを実施し、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、クロスマッチ等を実施し、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。