

会 員 各 位

(一社)新潟県臨床検査技師会
会 長 渡邊 博昭
移植検査部門長 上村 正巳

輸血・移植分野 DVD 上映会のお知らせ

～ 初級者指導のためのポイント 輸血検査の基礎伝達講習会 ～

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

本 DVD 上映会は、「輸血テクニカルセミナー2013」で行われた講義を収録したものです。輸血検査のテクニックや注意点について、経験豊富な先生4名が分かり易く解説しています。タイトルは“初級者指導のためのポイント”となっていますが、日常業務の参考となる内容となっています。初心者・経験者を問わず、皆様のご参加をお待ちしています。

記

DVD 講演内容

第 1 部

1) 血液型検査のテクニック

関東甲信越ブロック血液センター 検査課 検査一課 矢部 隆一先生

2) 不規則抗体検査のテクニック

東邦大学医療センター大森病院 輸血部 日高 陽子先生

第 2 部

3) DAT 陽性時の対応

福島県立医科大学附属病院 輸血・移植免疫部 川畑 絹代先生

4) 交差適合試験の方法および注意点について

佐賀大学医学部附属病院 検査部 東谷 孝徳先生

1. 日 時 平成 27 年 2 月 7 日 (土) 12:30 ~ 16:30 (予定)
* 第 1 部と第 2 部の間、15 分程度休憩をはさみます。
2. 会 場 新潟大学医歯学総合病院 3 階 第 2 検討会室
3. 募集人数 30 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. 参加費 会員 300 円 非会員 900
* 第 2 部からの参加でも同額頂きます。
5. 申込方法 参加申込書にて FAX でお申し込みください。
申し込み開始日は 1 月 23 日 (金) です。予めご了承ください。

輸血・移植分野研修会(平成27年2月7日開催) 参加申込書

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	
氏名：	会員No.() 輸血検査歴(約 年)
氏名：	会員No.() 輸血検査歴(約 年)
氏名：	会員No.() 輸血検査歴(約 年)

※ お申し込み後、2月3日頃までに申込確認連絡書を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。

※ 会場の都合上および資料の準備上、事前申込みがない場合、入場をお断りすることがあります。