

関係各位 殿

平成 30 年 1 月 吉日

(社) 沖縄県臨床検査技師会
会長 松川 正 男
輸血・移植検査：部門・分野長 栗 國 徳 幸

平成 29 年度 輸血検査研修会のご案内

謹啓

時下、皆様にはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。この度、輸血研究班では下記の日程にて輸血検査研修会を企画致しました。

今回は、血液型の基礎及び検査手技、不規則抗体検査の基礎・手技、カラム凝集法の基礎・実技を予定しております。皆様には、ご多忙のところ誠に恐縮に存じますが、万障お繰り合わせの上、ご参加下さいませよう宜しくお願い致します。

謹白

会 期：平成 30 年 2 月 4 日（日） 8 時 30 分受付～17 時

会 場：琉球大学医学部保健学科 109 実習室および 208 講義室

募集人数：約 30 名

受講料：会員：4,000 円 非会員：8,000 円 学生：無料（昼食代含む：弁当準備します）

研修内容：血液型・不規則抗体スクリーニングおよび同定検査・カラム凝集法・講演など

締め切り：平成 30 年 1 月 29 日（月）

申し込み方法：専用申し込み用紙にて、下記まで FAX で各自お申し込み下さい。

- ① 受領の電話を致します。FAX 後 3 日以内に連絡が無い場合は、必ずご連絡ください。
- ② 返信 FAX 後、1 週間以内に下記の口座に入金をお願い致します。勤務の関係上、振込困難な場合には、栗国まで直接お電話下さい。
- ③ 電話ご連絡後、7 日以内に入金・連絡が無い場合には、キャンセル扱いになる場合があります。
- ④ 入金時の送金者名（必ず各自にて）はフルネームでお願い致します。同一施設でのまとめ入金は不可（確認できないため）
- ⑤ 尚、入金された参加費は原則返金（病気等除く）できませんので、急な用事等で参加困難な場合には代理を参加させて頂くか、直接お電話をして下さい。宜しくお願い致します。
- ⑥ 詳細な日程、準備品等は、メール・文書等でご案内致します。

申し込み先：社会医療法人 仁愛会 浦添総合病院 問合せ：098-851-5124（検査部）

臨床検査部 栗国徳幸 FAX：098-878-5593（検査部直通）

口 座 番 号：琉球銀行内間支店 445189 沖縄県臨床検査技師会輸血研究班 栗國徳幸

送信先 社会医療法人 仁愛会 浦添総合病院

臨床検査部 栗国徳幸 行

FAX 098-878-5593 (輸血検査直通)

問合せ番号：098-851-5124 (直通)

輸血検査実技研修会申込書

施設名 _____

ふりがな (フルネーム)

氏名 _____

性別：男性・女性

経験年数 _____

日臨技会員番号 _____

※ 非会員の場合は、非会員と記入願います。

返信用 FAX 番号 _____

問合せ電話番号 _____

メールアドレス： _____

注：必ず 7 日以内に入金をお済ませ下さい。

※ 記入は、太めの黒マジックをご使用願います。ボールペンは不可

※ 1名 1枚ご使用下さい。

※ 入金の際には必ず、各自にて入金して頂きますようご協力願います。

(同一施設での、まとめて入金は確認が取れません)

沖縄県臨床検査技師会 輸血研究班