

施 設 長 様

(社) 福島県臨床衛生検査技師会  
会 長 大花 昇  
輸血・移植検査部門長 菊池 良子  
(公印省略)

## 平成 25 年度 福島県輸血・移植検査分野研修会のご案内

拝啓

先生におきましては、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。また、日頃より福島県臨床衛生検査技師会活動にご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

このたび下記の内容で、平成 25 年度福島県輸血・移植検査分野研修会を開催することになりました。

つきましては、貴施設会員の参加につきまして、ご配慮のほどよろしくお願いいたします。

敬具

### 記

日 時： 平成 25 年 11 月 24 日（日） 10：00 ～ 15：30 （受付開始 9：45～）

場 所： 公立大学法人福島県立医科大学 5 階 生理・公衆衛生実習室

内 容： 「自己対象が陽性になったら ー直接抗グロブリン試験と DT 解離試験ー」  
(予定スケジュール)

10：00～12：00 実技指導（説明・実習）

12：00～13：00 昼食（各自持参のこと）・休憩

13：00～13：30 実技結果説明と総括

13：30～14：30 講演および質疑応答

「直接抗グロブリン試験陽性時の検査の進め方」

講師 公立大学法人福島県立医科大学医学部附属病院  
輸血・移植免疫部 安田 広康 技師

日臨技生涯教育点数単位： （専門）52－20 点

募集人数： 30 名（定員に達し次第締め切らせていただきます）

参加費： 1,000 円 当日受付にて徴収いたします。

◆参加は日臨技会員に限ります（必ず会員証を持参してください）。

◆履修証明の必要な方は、申し込みの時に記載してください。

◆昼食は 各自持参 してください。

以上

<お問い合わせ先>  
福島県立医科大学会津医療センター 臨床検査部  
渡部 和也  
tel 0242-75-2100 (内 1118)  
fax 0242-75-2557

会 員 各 位

(社) 福島県臨床衛生検査技師会  
会 長 大花 昇  
輸血・移植検査部門長 菊池 良子  
(公印省略)

### 平成 25 年度 福島県輸血・移植検査分野研修会のご案内

拝啓

皆さまにおきましては、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。また、日頃より福島県臨床衛生検査技師会活動にご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

このたび下記の内容で、平成 25 年度福島県輸血・移植検査分野研修会を開催することになりました。ご多忙と存じますが、ぜひご参加くださいますよう、お願い申し上げます。

敬具

#### 記

日 時： 平成 25 年 11 月 24 日 (日) 10:00 ~ 15:30 (受付開始 9:45)  
場 所： 公立大学法人福島県立医科大学 5 階 生理・公衆衛生実習室  
内 容： 「自己対象が陽性になったら ー直接抗グロブリン試験と DT 解離試験ー」  
(予定スケジュール)

10:00~12:00 実技指導 (説明・実習)  
12:00~13:00 昼食 (各自持参のこと)・休憩  
13:00~13:30 実技結果説明と総括  
13:30~14:30 講演および質疑応答

「直接抗グロブリン試験陽性時の検査の進め方」

講師 公立大学法人福島県立医科大学医学部附属病院  
輸血・移植免疫部 安田 広康 技師

日臨技生涯教育点数単位： (専門) 52-20 点

募集人数： 30 名 (定員に達し次第締め切らせていただきます)

参加費： 1,000 円 当日受付にて徴収いたします。

- ◆参加は日臨技会員に限ります (必ず会員証を持参してください)。
- ◆履修証明の必要な方は、申込時に (要・不要のどちらかに○) を記載してください
- ◆持参物 白衣、筆記用具 (油性マジック含む)、試験管ラック、洗浄ビン、昼食

以上

※ お手数ではございますが、参加ご希望の方は、下記ご記入の上 **11月8日** までに FAX をいただきますよう、お願い申し上げます。

ご施設名：( ) FAX 送信日 ( 月 日 )

**FAX 先 0242-75-2557 福島県立医科大学会津医療センター 渡部和也 行**

| 会員番号 | 氏 名 | 履修証明 | 会員番号 | 氏 名 | 履修証明 |
|------|-----|------|------|-----|------|
|      |     | 要・不要 |      |     | 要・不要 |