

会員各位

一般社団法人 富山県臨床検査技師会
会 長 南 部 重 一
輸 血 細 胞 治 療 部 門
部 門 長 富 山 隆 介
(公印略)

「輸血検査実技研修会」の開催について

師走の候、会員の皆様におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

日頃より、当会の運営ならびに活動にご指導、ご鞭撻を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、一般社団法人富山県臨床検査技師会では、輸血検査の資質と精度の向上を目的として、初級者を対象に輸血検査実技研修会を下記の要領にて開催いたします。

つきましては、貴施設のご協力をいただき、ご参加くださいますようお願いいたします。

記

1. 研修会 「輸血検査実技研修会」
2. 対 象 新人検査技師、輸血検査初級者
3. 日 時 令和 7 年 2 月 11 日 (火・祝) 9 時～16 時 00 分
4. 会 場 富山大学附属病院 講義実習棟 3 階 微生物系実習室
事前に郵送される案内で詳細をご確認下さい。
5. 参加費 2,000 円 (現地徴収)
6. 申込締切日 令和 7 年 1 月 15 日 (水) **必着**
7. 申し込み先 富山県臨床検査技師会 (参加申込書にて)
Fax 076-429-4569
8. 定 員 30 名程度
9. 備 考 定員があるため、申込締切後、各自の日臨技登録メールへ参加可否の連絡をいたします。その後、参加決定者への詳細な案内は開催 1 週間前を目途に各所属施設あてに郵送いたします。

協賛 富山県赤十字血液センター

「輸血検査実技研修会」

【タイムスケジュール】

8時40分～	受付
9時00分～	実技実習・講義
16時00分	「凝集の目合わせ・血液型検査・不規則抗体検査・交差適合試験」

途中に一時間お昼休みをとります。(昼食は各自ご用意ください。)

※ タイムスケジュール等が変更になる場合があります。
参加申し込みをされた方には、後日改めて案内を送らせていただきますので、
そちらでご確認ください。

【問い合わせ先】

富山大学附属病院
検査・輸血細胞治療部 富山 隆介
tomiyama@med.u-toyama.ac.jp

「輸血検査実技研修会」参加申込書

施設名： _____

参加者氏名： _____

参加者氏名： _____

参加者氏名： _____

輸血検査で分からないこと、疑問に思っていることがございましたらお書きください。