

会員各位

関東甲信地区臨床検査技師会
会 長 海 野 勇 蔵
(公印省略)

第 15 回 関東甲信地区血液検査研修会のお知らせ

謹啓 初夏の候、会員の皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、恒例であります、平成 21 年度の関東甲信地区血液検査研修会を下記のとおり行う運びとなりました。会員の皆様のご参加を心よりお待ちしております。

謹 白

記

日 時：平成 21 年 9 月 27 日（日）9 時 15 分から 16 時 00 分（受付は 8 時 45 分より）

場 所：群馬大学医学部保健学科 西棟 3 階 大講義室

テ ー マ：ステップアップ講習会 ～ Part 3 ～

- 1) 医師からみた凝固検査のポイントについて
群馬大学医学部附属病院 血液内科 内海 英貴 先生
- 2) 移植に関連した最新のトピックについて
済生会前橋病院 血液内科 佐倉 徹 先生
- 3) 血液形態検査におけるポイントについて
群馬大学医学部保健学科 教授 村上 博和 先生
- 4) 医師からみた小児の血液検査のポイントについて
群馬大学医学部附属病院 小児科 金澤 崇 先生

参加費： 6000 円

募集人数： 160 名（先着順）

申込期間： 平成 21 年 6 月 1 日（月）～平成 21 年 6 月 30 日（火）

申 込 先：〒371□8511 群馬県前橋市昭和町 3 丁目 39-15

群馬大学医学部附属病院 検査部 天谷 初夫

TEL 027□220□8553 FAX 027□220□8574

FAX にて参加申し込みを受付いたします。

申込用紙に参加する方の氏名・所属・会員番号・E-mail・FAX 番号等を忘れずにお書きください。

先着順に申込用紙に記載された連絡先（主として E-mail）に受講者番号を通知いたします。

ただし、1 施設からの参加人数が多い場合は制限させていただくこともありますのでご了承ください。

通知された受講者番号を振込者名とし、参加費の振り込みを行っていただきます。

振 込 先：ゆうちょ銀行 □店名□ ○四八（読み ゼロヨンハチ） □店番□ 048

□預金種目□ 普通預金 □口座番号□ 3331489 □口座名称□ 井上 まどか

問合せ先：〒371□8511

群馬県前橋市昭和町 3 丁目 39-15

群馬大学医学部附属病院 検査部 天谷 初夫

TEL 027□220□8553 FAX 027□220□8574

会 場：群馬大学医学部保健学科 西棟 3 階 大講義室

〒371□8511 群馬県前橋市昭和町 3 丁目 39-22

TEL 027□220□7111 <http://www.med.gunma-u.ac.jp>

参加申込用紙

第 15 回関東甲信地区血液検査研修会参加申込書

所属技師会： _____ 都・県

施設名： _____

住所： _____

連絡先 TEL： _____

E-mail： _____

FAX： _____

*大文字・小文字など間違えないように記載してください。

参加者名簿

氏名	会員番号	領収書
		要 ・ 不要

*非会員の方は、会員番号の欄に『非会員』とお書きください。

講師への質問ならびに日常業務における疑問等をお書きください。