

# 輸血伝達講習会

## 《北日本支部》

開催日程	平成24年11月17日(土)12:00～平成24年11月18日(日)15:00
開催場所	福島県立医科大学 福島県福島市光が丘1
募集人員	60名
受講料	5,000円
締め切り	平成24年10月15日(月)
申込要領	E-mail ①会員番号②氏名(ふりがな)③施設名④住所⑤電話番号⑥輸血検査歴を記載。 E-mailでの申し込みができない場合は問合せ先にお尋ねください。
申込先	〒961-0005 白河市豊地上弥次郎2-1 白河厚生総合病院 検査科 担当者:菊池 良子 E-mail: yuketsu@shirakawa-kosei.jp TEL:0248-22-2211(内線2253)

## 《関甲信支部》

開催日程	平成24年10月13日(土)13:00～平成24年10月14日(日)16:00
開催場所	上尾中央総合病院 埼玉県上尾市柏座1-10-10
募集人員	60名
受講料	5,000円
締め切り	平成24年9月13日(木)
申込要領	E-mail ①会員番号②氏名(フリガナ)③所属技師会④勤務先および所属⑤連絡先(TEL・FAX・E-mail)記載。
申込先	〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂本郷38 埼玉医科大学病院 輸血・細胞移植部 担当者:山田 攻 E-mail: osamuy@saitama-med.ac.jp TEL:049-276-1495(直通)

## 《首都圏支部》

開催日程	平成25年1月26日(土)～平成25年1月27日(日)
開催場所	千葉大学医学部 組織実習室(1階) 千葉市中央区亥鼻1-8-1
募集人員	60名
受講料	5,000円
締め切り	平成24年12月20日(木)
申込要領	E-mail ①会員番号②氏名(フリガナ)③所属技師会④勤務先⑤連絡先住所・郵便番号⑥メールアドレスを記載。 件名「日臨技首都圏支部輸血伝達講習会参加申し込み」
申込先	〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715 日本医科大学千葉北総病院 病理部 担当者:岡本 直人 E-mail:naoto-o@nms.ac.jp TEL:0476-99-1111

《中部圏支部》

開催日程	平成24年9月8日(土)～平成24年9月9日(日)
開催場所	名古屋市立大学病院 及び 名古屋市立大学医学部 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1
募集人員	60名
受講料	5,000円
締め切り	平成24年8月17日(金)
申込要領	E-mail ①会員番号②氏名③カナ氏名④性別⑤施設名⑥所属 ⑦郵便番号⑧施設住所⑨TEL(内線)を記載。 携帯電話からの申込みはご遠慮ください。E-mailで申込みできない方はお尋ねください。
申込先	〒455-8530 愛知県名古屋市港区港明1-10-6 中部労災病院 臨床検査科 担当者: 中井 美千代 E-mail: chubu2012yuketu@yahoo.co.jp TEL:052-652-5511(内線7907) FAX:052-652-2949

《関西支部》

開催日程	平成24年10月13日(土)13:00～平成24年10月14日(日)16:00
開催場所	大阪市立大学医学部 大阪市阿倍野区旭町1-4-3
募集人員	60名
受講料	5,000円
締め切り	平成24年10月6日(月)
申込要領	E-mail メールの件名を「講習会申込」とし、氏名・所属施設名・ 会員番号・連絡先電話番号・輸血検査経験年数を記載。(やむを得ずメールできない場合は下記のFAXにて受付)
申込先	〒530-0012 大阪府大阪市北区芝田2-10-39 大阪府済生会中津病院 検査技術科 担当者: 深田 恵利奈 E-mail: yuketsu-osaka@mail.goo.ne.jp TEL:06-6372-0675 FAX:06-6372-0675

《中四国支部》

開催日程	平成24年9月8日(土)～平成24年9月9日(日)
開催場所	香川大学医学部 香川県木田郡三木町池戸1750-1
募集人員	60名
受講料	5,000円
締め切り	平成24年8月20日(月)
申込要領	研修会申込書に必要事項をご記入の上、郵送またはFAXで下記 まで申し込みください。 講義のみ参加の場合は、申込書の氏名記入欄に氏名と「講義のみ」と記載。
申込先	〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮 高知大学医学部附属病院 輸血部 担当者: 西原 えり子 TEL:088-880-2465 FAX:088-880-2462

《九州支部》

開催日程	平成24年11月10日(土)～平成24年11月11日(日)
開催場所	鹿児島大学医学部 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1
募集人員	60名
受講料	5,000円
締め切り	平成24年10月12日(金)
申込要領	E-mail 折り返しE-mailにて申込案内を送ります。1週間以内に受領確認のE-mailが届かない場合は下記までご連絡下さい。
申込先	〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1 鹿児島大学病院 輸血部 担当者:舞木 弘幸 E-mail: my4j@m.kufm.kagoshima-u.ac.jp TEL:099-275-5635 FAX:099-275-5641