

平成 30 年 7 月吉日

関係者各位

(一社) 高知県臨床検査技師会  
病理・細胞診検査研究班

## 高臨技学術部研修会のご案内（病理・細胞診検査研究班）

拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。病理・細胞診検査研究班の研修会を下記のとおり開催いたしますので、ご案内申し上げます。ご多忙中とは存じますが、お繰り合わせの上、ご参加下さいますようお願い申し上げます。

敬具

記

### 正確な病理診断に必要な病理標本作製の知識と技術を学ぼう

日時：平成 30 年 10 月 7 日（日）13：30～17：00（受付 13：00～）

場所：近森病院 管理棟 3 階大会議室 1（高知市大川筋一丁目 1-16）

13：30～14：30 講演 1

「薄切時に起きる現象と対策」

大和光機工業株式会社 営業部 山本 竜一 先生

14：40～15：40 講演 2

「診断を支えるプレアナリシス技術」

独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 臨床検査科 東 学 先生

15：50～17：00 ワークショップ

「明日から使える交渉術」

司会：近森病院 橘 知佐

※事前に、別紙申込書に必要事項を記載の上 FAX で申し込みして下さい。

申込期限：平成 30 年 9 月 14 日（金）

※会場には駐車場はございませんので、公共交通機関のご利用をお願いいたします。

生涯教育点数：専門 20 点

認定病理検査技師更新単位：：A-20、B-10、D-20

【問合わせ・申込先】

近森病院 病理検査室 今本 隼香

TEL：088-822-5231 FAX：088-871-7476

Mail：[pathology@chikamori.com](mailto:pathology@chikamori.com)

高臨技学術部研修会（病理・細胞診検査研究班）参加申込書

※申込締切：平成 30 年 9 月 14 日（金） FAX:088-871-7476

施設名 \_\_\_\_\_

氏名 _____	会員番号 _____
認定病理検査技師の方は認定番号もご記入ください。 →	認定番号 _____
氏名 _____	会員番号 _____
認定病理検査技師の方は認定番号もご記入ください。 →	認定番号 _____
氏名 _____	会員番号 _____
認定病理検査技師の方は認定番号もご記入ください。 →	認定番号 _____
氏名 _____	会員番号 _____
認定病理検査技師の方は認定番号もご記入ください。 →	認定番号 _____
氏名 _____	会員番号 _____
認定病理検査技師の方は認定番号もご記入ください。 →	認定番号 _____