

## 輸血テクニカルセミナー2016 募集要項

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会 代表理事 会長 宮島 喜文  
 一般社団法人日本輸血・細胞治療学会 理事長 室井 一男

日本臨床衛生検査技師会および日本輸血・細胞治療学会は、輸血検査技術の向上のみならず、標準的技量を持ち、輸血検査の質を担保出来る輸血検査担当技師の育成を目指している。

今回のセミナーは、認定輸血検査技師レベルを目指す輸血検査技師を対象に、講義および実技により標準的な知識と技術を基礎から深め、また輸血検査の安全性に寄与できる輸血検査技師の育成を行う機会とした。

## 記

1. 日程：2017年3月18日(土) 13:30～17:00、3月19日(日) 9:00～16:00
2. 会場：東邦大学医学部大森キャンパス
3. 対象：日本臨床衛生検査技師会、または日本輸血・細胞治療学会会員であり、  
認定輸血検査技師を目指す（技量を有する）者もしくは認定輸血検査技師資格取得者とする。
4. 募集人数：① 講義+実技 80名 ② 講義 50名  
（募集定員を超えた場合、抽選とさせていただきます。また、1施設1名の参加とさせていただきます。）
5. 参加費：① 実技+講義 25,000円 ② 講義 5,000円
6. テーマ：輸血検査の質を担保できる輸血検査技師の育成
  - A. 講義（3月18日（土）13:30～17:00）
 

司会：東邦大学医療センター大森病院 輸血部 奥田 誠  
 東京慈恵会医科大学病院 輸血部 田崎 哲典

    - 1) ABO、RhD 血液型検査判定でのトラブル時対応  
 関東甲信越ブロック血液センター 検査部 常山 初江 先生
    - 2) 不規則抗体検査、抗体同定方法  
 東邦大学医療センター大森病院 輸血部 日高 陽子 先生
    - 3) カラム凝集法と試験管法との反応態度の違いについて  
 東海大学医学部附属病院 臨床検査技術科 輸血室 杉本 達哉 先生
    - 4) 求められる結果の報告の仕方  
 大阪市立大学医学部附属病院 輸血部 藤野 恵三 先生
  - B. 実技（3月19日（日）9:00～16:00）
 

進行：近畿大学医学部附属病院 輸血・細胞治療センター 井手 大輔  
 富山大学附属病院 検査・輸血細胞治療部 道野 淳子  
 済生会中津病院 検査技術科 輸血検査室 深田 恵利奈

    - 1) 血液型検査
    - 2) 直接抗グロブリン試験
    - 3) 抗体解離試験
    - 4) 抗体同定試験
    - 5) カラム凝集法による血液型検査
7. 主催：一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 一般社団法人 日本輸血・細胞治療学会
8. 事務局：都立駒込病院 輸血細胞治療科 連絡先：FAX 03-3823-8048  
 受付担当：森山 昌彦  
 実行委員長：東邦大学医療センター大森病院 輸血部 奥田 誠
9. 参考図書：（熟知してからご参加ください）
  - 1) 輸血学 改訂第3版
  - 2) 輸血・移植検査技術教本
  - 3) 輸血のための検査マニュアル Ver. 1.3.1
  - 4) スタンダード輸血検査テキスト第2版
10. 申込要綱：別紙（輸血テクニカルセミナー2016参加申込書）に記入の上、FAXでお申し込みください。
11. 申込み開始日、締切日：2017年1月16日（金）9:00から2017年2月3日（金）17:00まで  
 抽選結果は、2017年2月10日（金）発送で各施設へ郵送でお知らせいたします。
12. 宿泊については各自で手配をお願いします。
13. 実技を受講される方は、白衣、筆記用具、試験管立て（12mm管、50本用）、検査用手袋、タイマー、マイクロピペット（10 $\mu$ l～100 $\mu$ l）チップ数本を持参ください。

## FAX

Fax : 03-3823-8048

都立駒込病院 輸血細胞治療科 森山 昌彦 宛

## 輸血テクニカルセミナー2016 参加申込書

※ 必須入力（楷書で丁寧に記載をお願いします）

施設名※		(所属)
施設住所※	都 道 府 県	
受講者氏名※		
日本輸血・細胞治療学会会員番号※		
日本臨床衛生検査技師会会員番号※		
輸血検査経験年数※	検査技師歴                      年	輸血検査歴                      年
認定輸血検査技師資格の有無※	①はい 登録番号：	②いいえ
希望受講コース※ ○でコースを囲んでください	2017年3月18日、19日  ① 講義+実技	2017年3月18日  ② 講義のみ
参加依頼状(委嘱状)の有無 (委嘱状が必要な方は 記載してください)	有 所属上長 または 職名 (                      ) 宛名 (                      )	無
連絡先※	TEL	FAX
E-mail※		
アンケートにご協力下さい		
輸血検査の業務体制を教えてください。	①専任で行っている	②兼務で行っている
専任の輸血検査技師はおりますか？	①はい (                      名)	②いいえ
所属施設に認定輸血検査技師はいますか？	①はい (                      名)	②いいえ
輸血管理料 I または II を取得していますか？	①はい (輸血管理料 I ・ II)	②いいえ
適正輸血使用加算を取得していますか？	①はい	②いいえ
貴施設の病床数をお知らせください。		床