

輸血テクニカルセミナー2017 募集要項

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 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、各集団や組織の中で指導的立場または指導的立場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：2018 年 3 月 17 日(土) 13:30～17:00、3 月 18 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会員、または日本輸血・細胞治療学会会員であり、
認定輸血検査技師または指導的立場の輸血検査歴 5 年以上の方
4. 募集人数：① 講義+実技 80 名 ② 講義のみ 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 講義+実技 25,000 円 ② 講義のみ 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 17 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
 県立広島病院 臨床研究検査科 藤井 明美

 - 1) ABO 血液型・RhD 血液型検査の注意点と異常反応時の考え方
 東海大学医学部付属病院 臨床検査技術科 輸血室 板垣 浩行 先生
 - 2) 不規則抗体検査—抗体同定までのポイント—
 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 先生
 - 3) 交差適合試験陽性時の対応
 福島県立総合衛生学院 教務部 臨床検査学科 安田 広康 先生
 - 4) 医療機関と血液センターの相互理解の重要性
 福岡県赤十字血液センター 学術課 東谷 孝徳 先生
 - B. 実技 (3 月 18 日 (日) 9:00～16:00)

進行：三重大学医学部附属病院 輸血部 丸山 美津子
 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
 青森市民病院 臨床検査部 本田 昌樹

 - 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：東海大学医学部付属病院 臨床検査技術科 輸血室 連絡先：FAX 0463-92-6911
 受付担当：板垣 浩行
 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 3 版
10. 申込要綱：別紙(輸血テクニカルセミナー2017 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：2018 年 1 月 15 日(金) 9:00 から 2018 年 2 月 2 日(金) 17:00 まで
 抽選結果は、2018 年 2 月 9 日(金) 発送で各施設へ郵送でお知らせいたします。
12. 昼食・宿泊については各自で手配お願いします。
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 μ l～100 μ l)、チップ数本をご持参ください。

FAX

FAX : 0463-92-6911

東海大学医学部付属病院 臨床検査技術科 輸血室 板垣 浩行 宛

輸血テクニカルセミナー2017 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※	郵便番号 都 道 府 県	
受講者氏名※（ふりがな）	（ふりがな： ）	
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	2018 年 3 月 17 日、18 日 ① 講義＋実技	2018 年 3 月 17 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※(正確に記載してください)	TEL	FAX
E-mail※(正確に記載してください)		
貴施設についてアンケートにご協力下さい		
病床数	床	
輸血検査の業務体制について	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いますか？	①はい (名)	②いいえ
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
抗体解離試験を実施していますか？	①はい	②いいえ
カラム凝集法を採用していますか？	①はい	②いいえ