

関甲信発第 11-63 号
平成 23 年 7 月 7 日

会員各位

関東甲信地区臨床検査技師会
会長 宮島 喜文
(公印省略)

第 14 回関東甲信地区輸血検査研修会 (ご案内)

拝啓 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、第 14 回関東甲信地区輸血検査研修会を下記の要領で開催致しますので、ご参加の程よろしくお願い申し上げます。 敬具

記

日 時 : 平成 23 年 11 月 20 日 (日) 9 時 50 分より 16 時 40 分 (受付 9 時 15 分～)
場 所 : 昭和大学 上條講堂 〒142-0064 東京都品川区旗の台 1-5-8
テ ー マ : 輸血検査室にかかわりのあるサイトカイン

午前の部	手術室内における輸血	
	手術室での輸血	
	菊名記念病院 麻酔科	小堀 正雄 先生
午後の部	輸血検査室にかかわりのあるサイトカイン	
	輸血副作用と炎症性サイトカイン	
	アボットジャパン株式会社 学術部	高木 淳 先生
	末梢血幹細胞採取と顆粒球コロニー刺激因子 (G - CSF)	
	株式会社ヤクルト本社 医薬学術部学術課	山下 正毅 先生
	自己血貯血とエリスロポエチン (EPO)	
	中外製薬株式会社本社 プライマリー学術情報部	佐々木 幹夫 先生
	血小板減少とトロンボポエチン (TPO)	
	協和発酵キリン株式会社 東京学術企画グループ	中越 昭裕 先生

募集人数 : 350 名

参加費 : 会員 2,500 円 / 非会員 6,000 円 (事前振込み制)

申込み締切 : 平成 23 年 9 月 30 日 (金)

申込み方法 : ウラ面の研修会申込書に必要事項を記入の上、**FAX または郵送**にてお申込みください。申込書を添付していただける場合に限りメールでも受付いたします。
後日お送りする研修会案内に記載された指定口座へ参加費をお振込みください。
(申込書到着から二週間以内に発送いたします)

申込み先およびお問合せ先

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6 - 7 - 1

東京医科大学病院 輸血部 市川喜美子

TEL 03-3342-6111 内線 (3585) FAX 03-3343-0884

E-Mail kankousin_yuketsu14@yahoo.co.jp

(カンコウシン アンダーバー ユケツ ジュウヨン)

*郵送の場合は「研修会申込書在中」とお書きください

第14回 関東甲信地区輸血検査研修会申込書

太枠の中へハッキリと記入してください

ふりがな				性別
氏名				男・女
勤務先名 および所属部署				
勤務先所在地	〒			
	TEL		内線()	
	FAX			
案内送付先	上記勤務先以外への送付を希望される方は記入してください			
	〒			
参加種別	いずれかに○		所属技師会	
	会員 非会員 (2,500円) (6,000円)	会員番号		
備考	技師会賛助会社社員の方は、会員を選択し、所属技師会欄に会社名を記載してください			
通信欄				

受付者処理欄

受付日	月 日	受付No.	案内書発送日
			月 日

FAX番号 03-3343-0884

メールに添付する場合は下記アドレスへ

kankousin_yuketsu14@yahoo.co.jp