FAX

Fax：082-253-0659

県立広島病院　臨床研究検査科　藤井　明美　宛

輸血テクニカルセミナー2014参加申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 2015年3月21日、22日1. 講義＋実技
 | 2015年3月21日1. 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 |
| 各都道府県技師会の実技講習会に指導者として参加された事がありますか？ | ①はい | ②いいえ |
| 日常業務で不規則抗体スクリーニングは行っていますか？ | ①はい | ②いいえ |
| 日常業務で抗体同定は行っていますか？ | ①はい | ②いいえ |
| 抗体解離試験を行った経験がありますか？ | ①はい | ②いいえ |

※：必須入力（丁寧に記載をお願いします）