

## 第5回・第6回 細胞検査士会ワークショップ in 熊本

### 『呼吸器・消化器（唾液腺、膵・胆道系）の画像と細胞像』

テーマ	細胞像と画像を併用し、診断精度の向上を目指す 1) 各症例における画像診断と組織像・細胞像の解説 2) 呼吸器新WHO分類の組織像・細胞像の解説 3) 鏡検実習
会期	第5回 平成27年5月23日(土) 第6回 平成27年5月24日(日) (注: 第5回と第6回の内容は同じです。)
会場	熊本大学医学部医学教育図書棟 5階 第一実習室 【会場責任者: 石原光浩 熊本大学医学部附属病院 病理診断科】
内容	<p>第5回: 平成27年5月23日(土)</p> <p>8:30~</p> <p>【受付開始】 熊本大学医学部教育図書棟 5階 第一組織実習室</p> <p>9:00~ 9:10</p> <p>【開会の辞】 ワークショップ実施委員長 竹中 明美</p> <p>9:10~ 10:00</p> <p>【講義】呼吸器「CT画像と細胞診—新WHO分類の組織・細胞像もあわせて—」 座長 熊本大学医学部附属病院 石原 光浩 先生 大阪府立成人病センター 竹中 明美 先生</p> <p>【休憩10分】</p> <p>10:10~11:00</p> <p>【講義】唾液腺「主な唾液腺腫瘍の組織像と細胞像」 座長 久留米大学医療センター 横山 俊朗 先生 九州大学病院病理診断科 准教授 山元 英崇 先生</p> <p>【休憩10分】</p> <p>11:10~12:00</p> <p>【講義】胆管・膵臓「画像と細胞診—知っておきたい細胞像—」 座長 大阪医科大学附属病院 棚田 諭 先生 大阪府立成人病センター 竹中 明美 先生</p> <p>12:00~13:00</p> <p>【昼食・休憩】 昼食を持参くださって構いません。 学内にコンビニエンスストアはあります。</p> <p>13:00~17:00</p> <p>【鏡検実習】熊本大学医学部医学教育図書棟 5階 第一実習室 呼吸器30症例 唾液腺15症例 膵・胆道系15症例 合計60症例 4グループに分かれて15症例を1症例 約3分で鏡検して頂きます。</p> <p>13:00~13:45 【鏡検実習Ⅰ】</p> <p>13:45~14:00 【質疑応答・休憩】</p> <p>14:00~14:45 【鏡検実習Ⅱ】</p> <p>14:45~15:00 【質疑応答・休憩】</p> <p>15:00~15:45 【鏡検実習Ⅲ】</p> <p>15:45~16:00 【質疑応答・休憩】</p> <p>16:00~16:45 【鏡検実習Ⅳ】</p> <p>16:45~17:00 【質疑応答・閉会の辞】</p> <p>【懇親会】18:00~ 詳細は参加者に連絡します。</p>

	<p>第6回：平成27年5月24日（日）</p> <p><b>*内容及びタイムスケジュールは第5回と同様です。</b></p>
募集人員	<p>第5回 講義+実習（50名）、講義のみ（若干名） <b>講義+実習を優先します</b></p> <p>第6回 講義+実習（50名）、講義のみ（若干名） <b>講義+実習を優先します</b></p>
参加資格	公益社団法人 日本臨床細胞学会細胞検査士会会員
受講料	<p>実習+講義 8,000円、講義のみ 3,000円（細胞検査士クレジット JSC/IAC申請中）</p> <p>懇親会費（自由参加：当日と翌日参加者合同企画）4,000円程度<b>当日徴収</b>します。</p>
申込開始日・締切日	<p>平成27年4月5日正午～平成27年5月16日（定員になり次第締切）。</p> <p>平成27年5月16日以降のキャンセルは返金致しませんので、ご了承願います。</p>
お問い合わせ先	<p>大阪医科大学附属病院 病理部・病理診断科 棚田 諭</p> <p>E-mail： cytologyworkshop@yahoo.co.jp TEL 072-683-1221（内線3315）</p> <p>（お問い合わせは出来るだけメールでお願い致します。）</p>
申込方法	<p>件名：①（第5回or第6回を<b>選択</b>）ワークショップin熊本</p> <p>本文：②氏名/ふりがな ③施設名/所属 ④希望コース（講義+実習 or 講義のみ）</p> <p>⑤懇親会(5/23) 参加・不参加を明記の上、E-mail： cytologyworkshop@yahoo.co.jp</p> <p>宛にメールにて申し込み下さい。申込みメールを確認後、担当者から受講の可否ならびに受付番号（第5回：501～第6回：601～）・振込み期日を申込みされたアドレスに返信します。 下記、振込先への入金をもって手続き完了となります。</p>
振込み先	<p><b>【ゆうちょ銀行からの振込の場合】</b></p> <p>口座記号番号 00150-7-572490</p> <p>口座名称（漢字） 細胞検査士会ワークショップ</p> <p>口座名称（カナ） サイボウケンサシカイワークショップ</p> <p><b>【他銀行等からの振込の場合】</b></p> <p>店名（店番） 〇一九（ゼロイチキュウ）店（019）</p> <p>預金種目 当座</p> <p>口座番号 0572490</p>
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・期間外の申込みは無効とします。</li> <li>・携帯電話アドレス不可（受信拒否・文字化け対策）</li> <li>・メール1通につき1名で（同一施設であっても別々に）申込み下さい。</li> <li>・申込み後、5日間経過して返信がない場合、再送信後、電話にてお問合せ下さい。</li> <li>・受講料は期日迄に支払いをお願いします。</li> <li>・申込みされた本人名義で振込み下さい。施設などからの振込みの際は連絡下さい。</li> <li>・キャンセルは手数料を差し引いて返金します。5月16日以降の返金いたしません。</li> </ul>
主催	公益社団法人 日本臨床細胞学会細胞検査士会 学術委員会