

平成 30 年度『細胞検査士有資格者症例鏡検研修会』 in 神戸

対 象	細胞検査士有資格者対象の鏡検実習です。 全分野の基礎的細胞像を中心とした症例を鏡検し、初心者の方をはじめ、細胞像を再確認していただくことが目的です。
会 期	平成30年6月17日(日) 10:00~16:00
会 場	神戸大学医学部 第二実習室 〒650-0017 神戸市中央区楠町7-5-2 会場責任者：塚 本 龍 子 神戸大学医学部附属病院 病理部 Tel. 078-382-6474
プログラム	平成30年6月17日(日) 9:30 ~ 【受付開始】 9:50 ~ 9:55 【開会の辞】 精度保障委員会委員長 10:00~12:00 【鏡検実習】 12:00~13:00 昼食 13:00~15:50 【鏡検実習】 15:55~16:00 【終了式】 (若干の変更があるかもしれません)
募 集 人 員	60名
申込み期間	平成30年4月23日(月)~5月31日(水) 正午まで。 但し定員になり次第締め切ります。
申込み方法	注意事項を確認後、件名：有資格者研修会、 本文：氏名、ふりがな、施設名を記入の上、 workshop_cytology@yahoo.co.jp までパソコンのメールアドレスにて送信して下さい。 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・振込み期日を申込みされたアドレスに返信します。下記、振込み先への入金をもって手続き完了となります。
申 込 み 先	がん研有明病院 臨床病理センター 細胞診断部 藤山 淳三 workshop_cytology@yahoo.co.jp TEL 03-3570-0319 (細胞診断部直通)
受 講 料	受講料：5,000円 (テキスト代込み)

振込み先	<p>【ゆうちょ銀行からの振込の場合】</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>【他銀行等からゆうちょ銀行へ振込の場合】</p> <p>店名（店番） 〇一九（ゼロイチキョウ）店（019）</p> <p>預金種目 当座</p> <p>口座番号 0572490</p>
注 意 事 項	<p>※申込みの前に必ずお読みください（以下の項目に同意いただける方のみ応募して下さい）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・期間外の申込みは無効とします。 ・携帯電話アドレス不可（受信拒否・文字化け対策） ・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。 ・申込み後、1週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。 ・受講料は指定期日までに振込みをお願いします。 ・指定期日まで振込みがない場合はキャンセルとします。 ・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。 ・受講料振込み後の返金はありません。
主 催	公益社団法人 日本臨床細胞学会細胞検査士会 精度保障委員会