

地域支援「基本症例検鏡研修会」 in 香川

対 象	基礎から細胞診を学びたい有資格者や臨床検査技師の方々 (日本臨床細胞学会, 各都道府県支部の所属の有無は問いません)
会 期	平成31年4月14日(日) 10:00~16:00
会 場	香川大学 医学部実習棟3階 第6実習室 〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸 1750-1 会場責任者: 香川大学医学部附属病院 病理部 松永 徹 Tel : 087-891-2305
プログラム	平成31年4月14日(日)  9:30 ~ 【受付開始】  9:55 ~ 10:00 【開会の辞】 精度保障委員会委員長 竹中 明美 10:00 ~ 12:00 【鏡検実習】 50症例  12:00~13:00 昼食  13:00~15:00 【鏡検実習】 50症例  15:00~16:00 【自由鏡検 & 質疑応答】  ※実習時間は若干変更の可能性がありますが、開始及び終了時間に変更はありません。
募集人員	60名程度
申込み期間	平成31年3月12日(火)より
申込み方法	注意事項を確認後、件名: 地域支援WS 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 E-mail workshop_cytology@yahoo.co.jp TEL 03-3570-0319 (細胞診断部直通)
受 講 料	受講料: 3,000円 (テキスト代込み)
振込み先	【ゆうちょ銀行からの振込の場合】 口座記号番号 00150-7-572490 口座名称 (漢字) 細胞検査士会ワークショップ 口座名称 (カナ) サイボウケンサシカイワークショップ

	<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 (ゼロイチキユウ) 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <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、3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>・受講料は指定期日までに振込みをお願いします。</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>・受講料振込み後の返金はいけません。</li> </ul>
主催	公益社団法人 日本臨床細胞学会細胞検査士会 精度保障委員会

#### 香川大学構内図



- ・ 駐車場は外来駐車場をご利用下さい。
- ・ 駐車券を会場までお持ち下さい。無料認証致します。
- ・ 大学構内に売店、スターバックスがありますが、近隣にお店がないので、お弁当は持参されることをおすすめ致します。