

会員各位

平成 27 年 4 月 20 日
(一社)岐阜県臨床検査技師会
会長 兼子 徹
<公印省略>

「検査説明・相談のできる臨床検査技師育成講習会」
受講生募集について

拝啓

岐臨技では病院に勤務する医師・看護師業務の負担軽減と採血や検査などの専門知識を有する臨床検査技師からの検査説明・相談による患者満足度の向上を図ることを目的に、昨年に引き続き、次のとおりに受講生を募集します。

敬具

1. 講習会目的:

平成 19 年 12 月 28 日付厚生労働省医政局長通知(医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について)をうけ「検査説明・相談のできる臨床検査技師育成講習会」を開催し、臨床検査技師に患者向けの臨床検査説明・相談実施に必要な知識及び技術を習得させ、もって臨床検査技師のチーム医療参画の質的向上を図ることを目的とする。

2. 受講資格:

病院長等の施設長より承諾を受けた一般社団法人岐阜県臨床検査技師会員であること。ただし、施設に所属しない会員はこの限りにあらず。別紙「受講承諾書(兼受講申込書)」(別紙1)を提出すること。

3. 募集人員: 30 名(応募者多数の場合、人数を制限することがあります)

4. 受講申込: 「受講承諾書(兼受講申込書)」(別紙1)に必要事項を記入し申込み先に FAX 願います。原本は講習会当日受付に提出ください。

【申込み先】

岐阜県臨床検査技師会 事務所 FAX: (058) 213-0220

Tel: 058-275-5596 E-mail: giringi-office@giringi.jp

5. 募集期間: 平成 27 年 5 月 15 日(金)まで

6. 講習期日: 平成 27 年 6 月 20 日(土)9:00~17:00

平成 27 年 6 月 21 日(日)9:00~16:00

7. 講習会場: 岐阜大学医学部附属病院 1階 多目的ホール

8. 受講料: 10,000 円

原則施設負担でお願いします。ただし、受講承諾は得ても施設負担頂けない場合には自己負担でも可とします。

9. 内容: 別紙カリキュラム(別紙2)参照

10. 修了の認定: 修了者は日臨技生涯研修制度の基礎 30 点を履修とした上で、修了書を交付します。

平成27年度日臨技、岐阜県臨床検査技師会主催

「検査説明・相談ができる臨床検査技師育成講習会」カリキュラム

研修日程	9:00~9:15 (15分)	9:15~10:15 (60分)	10:30~11:00 (30分)	11:00~12:30 (90分)	12:30~13:30	13:30~15:20 (110分)	15:30~17:00 (90分)
1日目 6月20日(土)	開 換 抄		<ビデオ放映>				
	講 式 岐阜 技 師 会 長	臨床検査技師が 検査説明・相談に 取り組む意義 講師：24年・25年度チーム医療推進 検討委員会 委員長 奥田 勲先生	看護師の 患者接遇 講師：看護協会	患者心理<初級レベル> 講師：岐阜大学医学部附属病院 看護部 三輪 峰子先生	昼食	接遇の基本 ロールプレイ 講師：フリーアナウンサー日本サービスマナー 協会認定講師 宇野悦加様	コーチング <初級レベル> 講師：J&J(株)ライフ スキャン 鈴木孝先生
研修日程	9:00~10:40 (100分)	10:50~12:30 (100分)	12:30~13:30	13:30~15:00 (90分)	15:10~15:40 (30分)	15:40~ 16:00	
2日目 6月21日(日)	検査説明の実際<初級レベル> 講師：岐阜大学大学院医学系研究科 病態情報解析医学分野 准教授 伊藤 弘康先生	R-CPC <初級レベル> 講師：岐阜大学大学院医学系研究科 病態情報解析医学分野 臨床講師 白上 洋平先生	昼食	検査説明・相談の模擬演習 講師：岐阜大学大学院医学系研究科 病態情報解析医学分野 准教授 伊藤 弘康先生	検査説明実例 岡崎市民病院 講師：夏 目久美子先生	閉 講 式	

別紙 1

一般社団法人 岐阜県臨床検査技師会宛【事務所 FAX:(058)213-0220】

受講承諾書(兼 受講者受講申込書)

※表内は受講を承諾した派遣者又は受講希望者本人が記入する。

受講対象	平成 27 年度日臨技、岐臨技主催 「検査説明・相談ができる臨床検査技師育成講習会」
受講者氏名(漢字)	
受講者氏名(フリガナ)	
受講者会員番号	
受講者所属施設	
受講者所属部署	
電話番号・FAX 番号	電話: _____ FAX: _____
E-mail	
受講日	平成 27 年 6 月 20 日(土)・6 月 21 日(日)
受講場所	岐阜大学医学部附属病院 1階多目的ホール
受講料	10,000 円
受講料の負担	施設負担 ・ 本人負担 (いずれかに○)
受講者の義務	① 受講を通じて、医師の指示の下で「検査説明・相談」業務を必要に応じて担当できる能力・知識を習得すること。 ② 受講後も自己研鑽を重ね、患者接遇を含む能力の向上に継続して取り組むこと。 ③ 受講料が施設負担となる場合、受講後の 1 週間以内に施設長が指名する先に対して受講レポートを提出すること。

平成 27 年 月 日

受講承諾を条件に、受講者の義務を遵守して受講を申し込みます。

受講者(本人)

_____ (自署および印)

上記の受講を承諾します(施設に所属していない会員は不要)。

所属施設における受講承諾者名

_____ (自署および印)