

事務連絡
平成 26 年 12 月 15 日

施設長 殿

公益社団法人○大分県臨床検査技師会
会長 佐藤 元恭
(公印省略)
一般社団法人日本臨床衛生検査技師会
会長 宮島 喜文
(公印省略)

平成 26 年度日臨技、都道府県技師会主催「検査説明・相談ができる
臨床検査技師育成講習会」への受講承諾について(お願い)

謹啓

平素は技師会に対して格別のご理解並びにご指導を賜り、深く感謝いたします。

さて、ご高覧の通り、平成 19 年 12 月 28 日付厚生労働省医政局長通知(医師及び医療関係事務職員等との間等での役割分担の推進)で、検査説明について、医師等の指示の下に臨床検査技師も行うことができるが、主に医師や看護職員のみで行っている実態があり、適切な業務分担により医師の負担軽減が可能になるとされました。

技師会においては、この指摘をふまえて、臨床検査技師に検査説明・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等への参画及び質的向上を図ることが有用であると考え、昨年来、全国各都道府県の企画担当者に対し集合教育を行い、本年度より、この企画担当者を中心に、全国共通カリキュラムを適用した平成 26 年度日臨技、都道府県技師会主催「検査説明・相談ができる臨床検査技師育成講習会」を開催することといたしました。

当大分県内におけるこの講習会の成果を高めるために、貴施設より受講派遣者又は受講希望者に対する受講の承諾をお願いいたたく存じます。

別紙1実施要領、別紙2カリキュラム、別紙3受講承諾書を添付いたします。

なお、貴施設所属受講者に関して、この講習会の趣旨をご理解いただき、可能であれば受講料のご負担につきましても貴施設においてご配慮賜れば幸いです。

謹白

《連絡先》

住所:〒870-0854 大分県大分市羽屋 9-5 大分記念病院
担当:野中 恵美 (公益社団法人 大分県臨床検査技師会 副会長)
電話:097-578-6877(直通)、FAX:097-543-5330

別紙 3

(公社) 大分県臨床検査技師会宛

受講承諾書

(兼 受講者受講申込書)

※表内は受講可派遣者又は受講希望者本人が記入する。

受講対象	平成 26 年度日臨技、大分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」
受講者氏名	
受講者所属施設	
受講者所属部署	
受講日	平成 27 年 1 月 31 日(土)～2月1日(日)
受講場所	ホルトホール大分
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 26 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)

_____ (自著または印)

上記の受講を承諾します。

所属施設における受講承諾者名 _____ (自著または印)