

超音波検査技術研修会のご案内

日 程	平成23年11月26日(土)～ 27日(日)						
会 場	東芝メディカルシステムズ(株)首都圏支社 東京都中央区佃島2-1-6 TEL 03-5144-8430						
講習概要	<p>腹部超音波検査に関する知識と技術の向上を目指して、必要な専門知識と精度の高い超音波検査を実施するための手法について研修します。</p> <p>研修では、肝臓(門脈、肝静脈を中心に8区分)、胆道(肝内胆管、膵内(外)胆管、胆嚢)、膵臓(鉤部、頭部、頸部)、腎臓、脾臓の的確な描写技術を修得することを目標とします。</p> <p>1班7人編成で、全員が実技実習を行います。</p>						
対象者	臨床検査技師、看護師等						
定 員	49名						
プログラム	【別紙】のとおり						
受講料	<table><tr><td><input type="checkbox"/>会 員 機 関</td><td>40,000円/名(税込)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>精度管理事業参加機関</td><td>60,000円/名(税込)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>そ の 他</td><td>65,000円/名(税込)</td></tr></table> <p>※昼食代込み</p>	<input type="checkbox"/> 会 員 機 関	40,000円/名(税込)	<input type="checkbox"/> 精度管理事業参加機関	60,000円/名(税込)	<input type="checkbox"/> そ の 他	65,000円/名(税込)
<input type="checkbox"/> 会 員 機 関	40,000円/名(税込)						
<input type="checkbox"/> 精度管理事業参加機関	60,000円/名(税込)						
<input type="checkbox"/> そ の 他	65,000円/名(税込)						
申込方法	<p>【別添】申込書に必要事項を記載のうえ、FAXにてお申し込みください。 なお、申込書は受講者個人ごとに作成願います。</p> <p style="text-align: center;">FAX 03-5442-5937</p>						
申込期限	平成23年11月4日(金)						
備 考							

超音波検査技術研修会プログラム

日 程 平成 23 年 11 月 26 日（土）・27 日（日）

会 場 東芝メディカルシステムズ(株)首都圏支社

研修総括指導者：（財）東京都予防医学協会理事 小野 良樹

実技指導：大道寺桂子（康心会）、山本美穂（早期がん検診協会）

中村稔（横浜総合健診センター）、神宮寺広明（東京予防）

大道寺益弘（康心会）

大平清（赤坂記念小浜会） 櫻井諭（神奈川予防）

1 日目

- 13:15~13:45 オリエンテーション
- 13:45~14:15 肝臓の超音波解剖－門脈、肝静脈を中心に肝臓の 8 区分
- 14:15~16:15 肝臓の超音波実習（1 グループ 7 人）
目標：門脈の区分を理解して 8 区分を描写できる
肝静脈の区分を理解し 4 区分を描写できる
- 16:15~16:30 脾臓、腎臓の超音波解剖
- 16:30~17:30 脾臓、腎臓の超音波実習（1 グループ 7 人）
目標：脾臓を描写できる、両腎を描写できる
- 17:30~18:30 超音波の基礎と装置 東芝メディカルシステムズ(株)

2 日目

- 9:00~ 9:30 超音波画像のなりたち
- 9:30~ 9:45 膵臓の超音波解剖：鉤部、頭部、頸部、体部
- 9:45~11:45 膵臓の超音波実習（1 グループ 7 人）
目標：膵臓を広範囲に描写できる、膵管を描写できる
- 11:45~12:30 ー 昼食 ー
- 12:30~12:50 胆道の超音波解剖：肝内胆管、管外胆管、（膵外胆管膵内胆管）、胆嚢
- 12:50~14:20 胆道の超音波実習（1 グループ 7 人）
目標：肝内胆管、膵内胆管、胆嚢を描写できる
- 14:30~14:50 腹部超音波診断に関する総括
- 14:50~16:15 実習（1 グループ 7 人）
目標：肝、胆、膵、腎、脾、を描写できる
- 16:15~16:30 総括（質疑応答）

超音波検査技術研修会受講申込書[FAX用]

[研修会開催日：平成23年11月26日(土)～27日(日)]

申込ファックス番号：03-5442-5937

申込年月日：平成 23年 月 日

施設コード [*] (5桁)		※受付 No.	
フリガナ		□ 性別 男 ・ 女	
受講者氏名			
職種	1. 臨床検査技師 2. 看護師 3. その他 ()		
勤務先			
所属部署			
勤務先所在地	〒 —		
連絡先 (担当者)	※連絡先(受講票・請求書送付先) Fax : _____ Tel : _____ ※担当者(いずれかにチェック) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 窓口 : 部署名 _____ 氏名 _____		
受講料	<input type="checkbox"/> 会員 機 関 40,000 円/名(税込) <input type="checkbox"/> 精度管理事業参加機関 60,000 円/名(税込) <input type="checkbox"/> そ の 他 65,000 円/名(税込) ※昼食代込み		

- * お申込みは、研修会開催日3か月前(9月1日)から受け付けます。
- * お申込みは、ファックスにて一人一枚でお願いします。
- * 受講を受け付けましたら、受講票と請求書をファックスにて送付します。
- * 受講料は、請求書が届きましたらお振り込みください。

公益社団法人 全国労働衛生団体連合会

【 超音波検査技術研修会会場案内 】

会場：東芝メディカルシステムズ(株) 首都圏支社

住所 東京都中央区佃2-1-6 リバーシティ M-SQUARE 8階

Tel 03-5144-8430

地下鉄有楽町線 月島駅6番出口 徒歩10分

