

事務連絡  
2019年5月吉日

各施設長 殿

公益社団法人茨城県臨床検査技師会  
会長 池澤 剛

公印

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会  
代表理事 会長 宮島 喜文  
(公印省略)

2019年度日臨技、都道府県技師会主催「ベッドサイド実践講習会」(旧:多職種連携の為の臨床検査技師能力開発講習会)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、国民の医療に対するニーズの多様化、複雑化により臨床検査技師の職域も検査室から外来や病棟へと、より患者の身近での検査業務が求められるようになってきました。また、平成27年度の臨床検査技師等に関する法律の改正により、検体採取等の業務が追加されたことから、患者の安心安全のために臨床検査技師として業務範囲の拡大を図ることが求められております。

当会におきましては、法改正をふまえて、臨床検査技師がチーム医療を実施するうえで協働する他職種の業務を理解することが大切となり、これにより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可能となるものと考えております。そこで、全国各都道府県の企画担当者に対し集合教育を行い、平成30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日臨技、都道府県技師会主催「ベッドサイド実践講習会」を別紙1実施要領の通り開催する運びとなりました。

当茨城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》

公益社団法人茨城県臨床検査技師会

住所: 水戸市千波町 1918-1

茨城県総合福祉会館内 3階

電話: 029-244-4790

担当: 石川 真由美

### 別紙 3

公益社団法人茨城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	2019年度 日臨技、茨臨技主催「ベッドサイド実践講習会」(旧:多職種連携の為の臨床検査技師能力開発講習会)
受講者氏名	
受講者所属施設	
受講者所属部署	
受講日	2019年8月24日～25日
受講場所	茨城県総合福祉会館 多目的ホール
受講料	3,000円(2018年度本講習受講者は半日500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、他職種業務を知り、チーム医療への参画や業務拡大へ活かすこと。 ② 受講後も自己研鑽を重ね、患者接遇を含む医療提供の質的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。

2019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)

※ 1日目終了後 親睦会を企画しております。(自費でのご参加となります 3000円)  
出欠を把握したいので 下記に丸を記して下さい

親睦会

参加

・

不参加