

関係各位

関東甲信地区臨床検査技師会
会長 岩井行一
(公印省略)

第十回関東甲信地区遺伝子・染色体検査セミナーのご案内

謹啓 寒冷の候、会員の皆様におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、第十回関東甲信地区遺伝子・染色体検査セミナーを下記の要領で開催致します。

第十回のテーマは「遺伝子・染色体検査の基礎から応用まで」と題し、東京大学医学部附属病院 新中央診療棟Ⅱ 7階 大会議室で開催致します。

今回は第十回の記念研修会でもありますので、奮ってご参加下さいますようご案内申し上げます。

記

開催日時:平成21年3月15日(日) 午前9時30分より午後5時迄

開催場所:東京大学医学部附属病院 新中央診療棟Ⅱ 7階 大会議室

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1 TEL 03-3815-5411

テーマ :「遺伝子・染色体検査の基礎から応用まで」(詳細はプログラム参照)

応募人数:100名(先着受付順)

参加資格:日本臨床検査技師会会員、賛助会員、他

参加費 :5,000円(テキスト代を含む) 但し、非会員は8,000円(学生 2,500円)

申込締切:平成21年2月6日(金)

申込要領:所定の申込用紙に必要事項を記入の上、下記へ FAX、郵送、メールでお申込み下さい。メールでのお申込みの際は Subject を「遺伝子染色体セミナー」として、必要事項をお書き頂き送信して下さい。また、申込時、下記の郵便振込口座に参加費をお振込み下さい。お振込み手数料は、各自負担とさせていただきますので、ご了承下さい。一枚の振込用紙で数名分お振込みの際は、通信欄に必ずそれぞれのお名前をお書き下さい。一度お振込み頂いた参加費は返金できませんので、ご注意下さい。尚、お申込み後、確認ハガキが2月23日(月)迄に届かない場合は、お手数ですが下記の申込先までお問合せ下さい。

申込先 : 〒228-8555 神奈川県相模原市北里1-15-1

北里大学病院 臨床検査部 ウイルス・DNA 検査室

山辺 晴美

TEL:042-778-8538 FAX: 042-778-9575

E-mail : h.yamabe@kitasato-u.ac.jp

振込先: 銀行名 ゆうちょ銀行 支店名 相模原北里

普通貯金口座 口座番号 00280-3-81535

口座名称 : 関甲信臨床検査技師会 遺伝子染色体研究班

第十回関東甲信地区遺伝子・染色体検査セミナー

代表 吉田勝彦

第十回 関東甲信地区遺伝子・染色体検査セミナー

テーマ	遺伝子・染色体検査の基礎から応用まで
開催日時	平成 21 年 3 月 15 日(日) 午前 9 時 30 分より
開催場所	東京大学医学部附属病院 新中央診療棟Ⅱ 7 階 大会議室 〒113-8655 東京都文京区本郷 7-3-1 TEL 03-3815-5411
プログラム	
8:45 受付開始	(敬称略)
9:30 開講式	
9:40 基礎編	
1) 染色体の基礎と臨床 (9:40~10:40)	東京文化短期大学 臨床検査学科 遺伝子検査学研究室 准教授 藤田 和博
2) 遺伝子の基礎 (10:40~11:40)	(財)癌研有明病院 遺伝子診断部 須貝 幸子
11:40~ 昼食休憩	
13:00 応用編	
1) 白血病遺伝子検査の現状 (13:00~13:30)	東京大学医学部附属病院 検査部 佐藤 優実子
2) 病理・細胞診検査材料を用いた遺伝子検査 (13:30~14:00)	～病理検査と遺伝子検査のコラボレーション～ 株式会社エスアールエル 羽村ラボラトリー 病理遺伝子検査課 甲斐田 信嗣
14:00 教育講演	
「抗酸菌症」	
1) 抗酸菌症の臨床像 (14:00~14:45)	昭和大学医学部呼吸器アレルギー内科 講師 大西 司
2) 抗酸菌の遺伝子検査と分子疫学 (14:45~15:30)	財団法人 結核予防会 結核研究所 抗酸菌レファレンス部 結核菌情報科 前田 伸司
15:30 休憩	
15:45 特別講演 (15:45~16:45)	
「遺伝子検査の意義を深めるために遺伝子発現機構を整理する」	昭和大学医学部臨床病理学教室 教授 福地 邦彦
主催	関東甲信地区臨床検査技師会 関東甲信地区遺伝子・染色体研究班 第十回関東甲信地区遺伝子・染色体検査セミナー実行委員会
生涯教育 研修点数	生涯教育研修課程:専門課程 20 点

第十回関東甲信地区遺伝子・染色体検査セミナー参加申込書
(このまま FAX 用紙として使用できます)

送信先： 北里大学病院 臨床検査部 山辺 晴美

FAX : 042-778-9575

送信元

氏名 : _____

FAX : _____

ふりがな		性別	年齢
氏名		男・女	
勤務先・ 所属部署名			
勤務先所在地・ 電話番号	〒 _____ 電話 (内線)		
所属技師会名		会員番号	
担当業務		経験年数	
遺伝子・染色体 検査の経験	あり・なし(ありの場合、経験年数・検査内容を書いて下さい。)		

通信欄 (質問等がありましたらご記入ください)

* 専門教育研修課程履修中の方はカッコに「履修」と明記してください。()
(記入しないでください) 月 日 受付 No.

会場案内

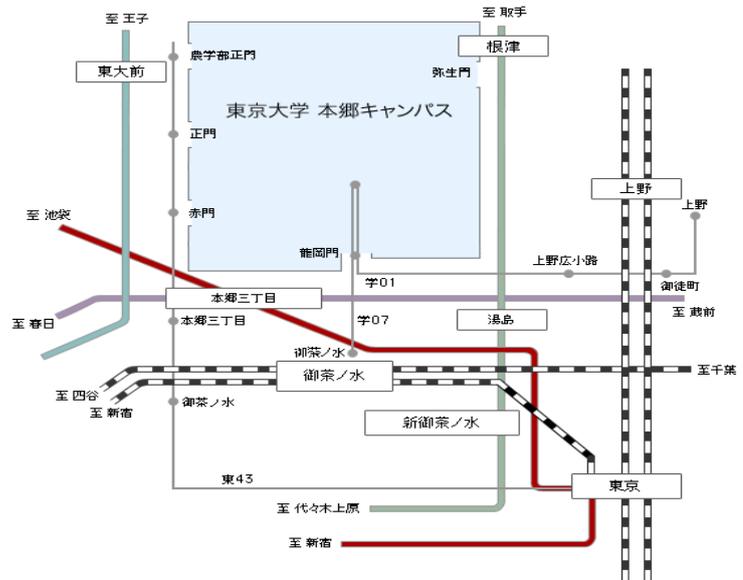
東大本郷キャンパス交通案内図

最寄り駅

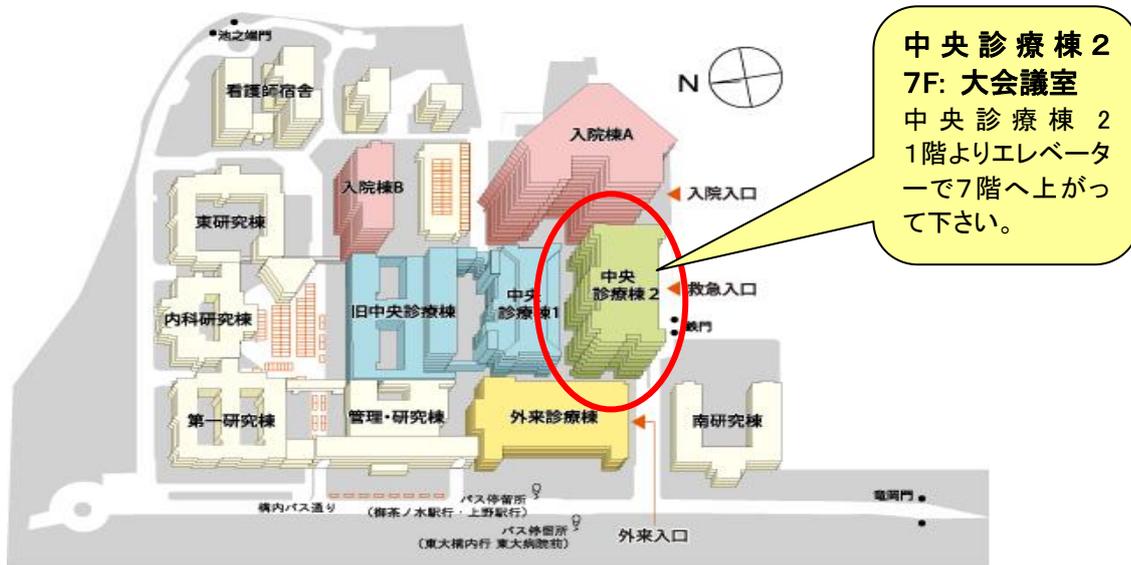
- ①本郷三丁目駅(地下鉄丸の内線)
- ②湯島駅 or 根津駅(地下鉄千代田線)
- ③東大駅前(地下鉄南北線)

所要時間

- ①徒歩 8 分(赤門まで)
- ②徒歩 8 分(弥生門まで)
- ③徒歩 1 分(農学部小門まで)



校内案内図



新中央診療棟II

