

施設長 様

平成 24 年 5 月 31 日

(社) 福島県臨床衛生検査技師会

会長 大花 昇

(公印省略)

平成 24 年度

第 20 回福島県臨床衛生検査技師会精度管理実施のご案内

謹啓 時下 先生方には益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

この度、(社) 福島県臨床衛生検査技師会では福島県、(社) 福島県医師会、(社) 福島県病院協会のご後援をいただきまして、第 20 回精度管理事業を下記の要綱で実施することになりました。

精度管理事業の主な目的は、臨床検査に求められる質の高いデータ維持、各医療機関での臨床検査データの共有化、互換性を高める事によるエビデンスの利用価値向上などが挙げられます。また、当技師会では臨床検査データの統一と併せて、基準範囲の共有化の活動も行っており、本サーベイはその指標となるデータが含まれています。つきましては、精度管理事業へのご理解をいただき、数多くの施設の参加をお願い致したくご案内申し上げます。

尚、この精度管理事業は、検体検査管理加算の施設基準を満たす実施内容となっております。また、参加された施設には精度管理事業参加証を発行致します。 謹白

記

- 1、実施時期 : 平成 24 年 7 月 9 日 (試料発送)
- 2、実施項目 : 臨床化学検査、血液検査、一般検査、血清検査  
輸血検査、生理検査、微生物検査
- 3、参加費用 : 15,000 円 (試料代、調査結果報告書代、税込み)  
生理検査部門のみの参加費は 5,000 円 (内訳は、上記と同じ)
- 4、申込先 : 〒960-1295 福島市光が丘 1 Tel.024-547-1466  
福島県立医科大学附属病院 検査部 佐々木 義和 宛
- 5、申込方法 : 同封の申込用紙で **6 月 15 日 (必着)** までに申込下さい。(厳守)  
**※大変恐れ入りますが宅急便依頼書にお届け先 (貴施設住所等) を記載し、申込用紙、を同封の返信用封筒に切手を貼り投函してください。**
- 6、入金先 : ①郵便振込み (振込みは **7 月 31 日** までにご利用します。)  
・振込用紙 同封の振込用紙をご利用下さい。  
・口座番号 0 2 1 5 0 - 0 - 5 3 8 6  
・口座名 社団法人福島県臨床衛生検査技師会  
②銀行振込み (振込みは **7 月 31 日** までにご利用します。)  
・振込先 東邦銀行 方木田支店 (店番 127)  
・口座番号 普通預金口座 2 3 3 8 2 2  
・口座名 社団法人福島県臨床衛生検査技師会 会長 大花 昇  
尚、期限内に振込みができない場合は佐々木までご連絡ください。

主 催 (社) 福島県臨床衛生検査技師会 精度管理事業部