

## キーオペレーターアドバンストレーニングコースのご案内

拝啓 初春の候、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

さて弊社では、日頃よりご愛顧頂いております血液ガスシステム ABL シリーズの適切な操作方法やトラブル対応、血液ガスの知識などをよりご理解いただくために、定期的に製品トレーニングを開催致しております。

2019 年の開催予定を下記のとおりご案内申し上げます。

皆さまにおかれましては、この機会に是非ご参加頂きたく、宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

### 【参加費】

5000 円/人(税別)

\*税込 5400 円/人となります。

\*お支払方法は、払込またはクレジットカードのみとなります。

### 【開催場所および開催日(2019 年度)】

開催会場	札幌	旭川	仙台	山形	金沢	新潟	松本	東京	名古屋
開催日	6 月 6 日	9 月 5 日	6 月 20 日	9 月 19 日	4 月 24 日	4 月 2 日	8 月 8 日	3 月 20 日	4 月 5 日
					11 月 14 日	10 月 17 日		5 月 29 日	
								8 月 2 日	

開催会場	大阪	岡山	高松	松山	広島	米子	山口	福岡	鹿児島
開催日	5 月 9 日	4 月 17 日	3 月 26 日	9 月 11 日	10 月 1 日	6 月 26 日	7 月 3 日	10 月 8 日	6 月 12 日
	7 月 18 日								
	9 月 25 日								
	11 月 26 日								

※各会場、各日程とも午前 10 時 00 分開始、午後 17 時 00 分終了(予定)

### 【その他注意事項】

- 参加のお申込みは、「キーオペレーターアドバンストレーニングコース参加申込書」に必要事項をご記入頂き、各開催日の 14 日前までに申込書を最寄りの営業所へ FAX にて送付頂くか、または、担当営業にお渡しください。
- 本トレーニングに関する宿泊代および交通費につきましては、お客様にてご負担頂きたくお願いします。(昼食につきましては、弊社にてご用意いたします。)
- 誠に恐れ入りますが会場の関係上、お申込み順に受け付けをさせて頂き、定員になり次第終了とさせて頂きます。

### ● 申込みの変更およびキャンセルについて

- 1) 開催日の 3 営業日前までに、担当営業もしくは電話、FAX、メールにてご連絡下さい。
- 2) 上記 1) までにご連絡頂いた場合、以下の方法より選択ください。
  - ① 振替受講(当社が認めた場合に限り)
  - ② 受講者変更(当社が認めた場合に限り)
  - ③ 全額返金

※なお、当社都合により本トレーニングを休講・中止する場合は、頂いた受講料を全額返金いたします。

※ 「キーオペレーターアドバンストレーニングコース実施確認書」への記入は不要です。

# キーオペレーターアドバンストレーニングコース参加申込書

本トレーニングへの参加を申し込みます。

**【対象装置】**

ABL800FLEX

**【目的/目標】**

血液ガス測定/項目の意義と適切な管理/メンテナンス方法の理解を深める

**【類型】** (該当する類型を選択して、チェックボックスに✓マークをお願いします。)

- 新規に納入又は納入が決定した医療機器について行うトレーニング
- 医療担当者の交代があった際のトレーニング

**【トレーニング内容】**

- 10:00~11:15 血液ガス測定項目における基礎生理学
- 11:15~11:45 装置特性
- 13:00~14:00 測定原理/キャリブレーションの概要、精度管理の重要性と意義/精度管理実施注意点
- 14:00~16:00 測定回路説明/メンテナンス方法 \*ABL800FLEX(実機)を用いたハンズオン
- 16:00~16:45 サンプル取扱い注意点
- 16:45~17:00 質疑応答、他

ご施設名 \_\_\_\_\_ (ご部署: \_\_\_\_\_)

1. 参加希望日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (1日間) (会場: \_\_\_\_\_)

2. 現使用機種: \_\_\_\_\_

3. 参加者氏名: \_\_\_\_\_ (ローマ字: \_\_\_\_\_)

4. 参加費種別:

いずれかに○	お支払い方法	ご記入事項 と 御留意点 (領収書はクレジットカード会社発行のご利用明細 または お払込時の控えを持って弊社の領収書に代えさせていただきます)
	既支払済	保守契約/装置購入時等に含まれる場合に選択ください。 <b>保守契約オーダーNo(営業担当者記入):</b>
	クレジットカード支払	メールアドレス: _____ @ _____ 御使用いただけるカードは三井住友 VISA・JCB・マスターのいずれかのみです。後日、お支払方法をメールにてご案内させていただきます。
	コンビニ・郵便局払込	ご住所: (〒 _____ - _____ ) 後日、収納代行先のヤマトフィナンシャル(株)より、払込用紙を郵送させていただきます。

注)記載頂きました内容におきましては、本トレーニング実施並びに参加費お支払いいただくに際しての情報としてのみ活用するものであり、それ以外での利用および第三者への開示・提供をすることはありません。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※下記への記載は、お申込み時には不要です。(切り取り不要です。)

### キーオペレーターアドバンストレーニングコース実施確認書

本トレーニング(内容概要、上述)へ参加致しました。

ご施設名 \_\_\_\_\_ (ご部署: \_\_\_\_\_)

5. 参加日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (1日間) (会場: \_\_\_\_\_)

6. 講師および実施責任者: 長谷川 剛 (所属: ラジオメーター株式会社 営業企画統括本部)

7. 参加者氏名: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日