

平成29年度 第1回

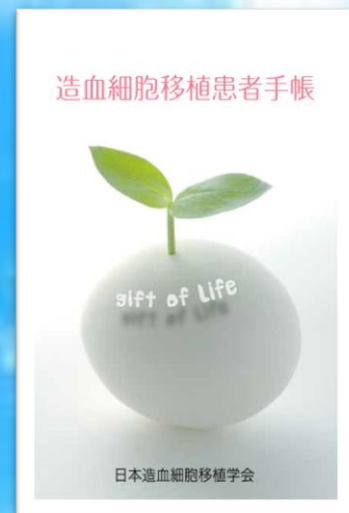
造血幹細胞移植推進 拠点病院セミナー

第1部

～ 第23回東北地区合同連絡会議 ～

- 新調整医師・新コーディネーターの紹介
東北地区代表協力医師 張替 秀郎
- 中央事務局・東北地区事務局からの報告
理事長 齋藤 英彦
ドナーコーディネート部 谷澤 魅帆子
東北地区事務局 佐藤 めぐみ
- 医療委員会からの報告
移植調整部 小瀧 美加
- ドナー安全委員会からの報告
ドナー安全委員 池田 和彦
- 東北ブロック拠点病院事業報告

「造血幹細胞移植患者手帳」の配布・運用について
大西 康



第2部

～ 第1回東北地区コーディネーター会議研修会 ～

- 医学講座「ハプロ移植」
東北大学血液免疫科 大西 康
- 事例紹介
- グループワーク



日時 2017年7月15日(土) 13:00～17:15

場所 TKP仙台カンファレンスセンター

〒980-0013 宮城県仙台市青葉区花京院1-2-3

※駐車場がございませんので、公共の交通機関をご利用下さい。

参加料
無料

事前申込制 (裏面の申込書にご記入のうえ、以下のFaxまたはE-mailでお送り下さい)

E-mail : hct-seminar@rh.med.tohoku.ac.jp / Fax : 022-717-7497

セミナーに関するお問合せ先：東北大学病院 血液・免疫科 (TEL) 022-717-7165 (FAX) 022-717-7497

主催：東北大学病院 血液・免疫科 (担当：大西 康)

申込締切：2017年7月7日（金）

参加申込書

送信先:東北大学病院 血液・免疫科

Fax : 022-717-7497

E-mail:hct-seminar@rh.med.tohoku.ac.jp

〒980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町1-1

複数のお申し込みの際はこの面をコピーしてお申し込みください。

2017年7月15日（土）

「造血幹細胞移植推進拠点病院セミナー」への参加を以下のとおり申し込みいたします。

ふりがな	
氏名	
ふりがな	
所属機関・部署	
所属先住所	〒
職種	当てはまるものに○を付けてください。該当しない場合は、「その他」の()内にご記入ください。 医師・看護師・移植コーディネーター・その他()
TEL	内線()
FAX	
Mail	パソコンのメールアドレスをご記入下さい。(代表のアドレスでも可) @

交通費要否： 要 ・ 不要

以下は、交通費「要」の方のみご記入ください。（仙台市外の勤務地の方が対象となります。）

- * 交通費は東北大学の規定に則って、セミナー後に口座振込にてお支払いいたします。
- * 別添の「振込依頼書」に、キャッシュカード（通帳）の写しを添えてご送付いただくか、当日ご持参下さい。
- * その他ご不明な点は、血液免疫科・医局（022-717-7165）までお問合せ下さい。

ふりがな	〒		
自宅住所			
交通経路	(例) 山形駅-仙台駅 (JR仙山線)	交通手段	(例) 新幹線、バス等
職名	(例) 教授、准教授、助教等 ※旅費書類記載のため		

* ご提出いただきました個人情報は、造血幹細胞医療体制整備事業に関する連絡・交通費支給手続きにのみ使用いたします。