

平成28年度  
第2回造血幹細胞移植推進拠点病院四国ブロックセミナー

『造血幹細胞移植医療の未来を四国から考える』

**テーマ 『末梢血幹細胞採取と保存』**

1 「末梢血幹細胞移植について」

愛媛県立中央病院 血液内科 名和 由一郎

2 「当院におけるPBSCHの管理と携わりについて」

愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院  
臨床工学技術科 稲垣 雅志 先生

3 各施設の状況について情報交換

日時 **2016年10月22日(土)** 13:00~15:30 (受付開始12:30)

場所 **愛媛県立中央病院 診療棟3階東西カンファレンス室**

対象 **臨床工学技士、臨床検査技師 及び**

**移植医療に関わるスタッフ**(医師、歯科医師、看護師、  
薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床心理士等)

※幅広い職種のご参加をお待ちしています。

参加費 : 無料

申込締切: 2016年10月17日(月)

申込方法: メール又はFAX

問合せ先: 事務局総務医事課庶務係(宮尾)

TEL : 089-947-1111(内線7104)

FAX : 089-943-4136

MAIL: [c-hct@eph.pref.ehime.jp](mailto:c-hct@eph.pref.ehime.jp)

その他: 希望される方については、当院の規定により  
旅費を支給させていただきます。

# 参加申込書FAX:089-943-4136

愛媛県立中央病院 総務医事課 庶務係(宮尾 行)

<b>所属 (病院・部署名)</b>	<b>職種・役職 氏名</b>	<b>旅費の希望の 有無</b>
(病院・部署名)   (所在地)	(職種・役職)  ふりがな (氏名)  (ご連絡先)	有 ・ 無
(病院・部署名)   (所在地)	(職種・役職)  ふりがな (氏名)  (ご連絡先)	有 ・ 無
(病院・部署名)   (所在地)	(職種・役職)  ふりがな (氏名)  (ご連絡先)	有 ・ 無
(病院・部署名)   (所在地)	(職種・役職)  ふりがな (氏名)  (ご連絡先)	有 ・ 無
(病院・部署名)   (所在地)	(職種・役職)  ふりがな (氏名)  (ご連絡先)	有 ・ 無

※本申込書については、当院ホームページに電子データ版を掲載していますので、メールでのお申込時にはご活用ください。