

厚生労働省 造血幹細胞移植医療体制整備事業

令和元年度 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

『移植と医療安全(仮)』 『末梢血幹細胞採取(仮)』

12:30～12:40

開会のあいさつ 愛媛県立中央病院 血液内科 名和 由一郎

12:40～14:00(質疑応答込み)

『移植と医療安全(仮)』

近畿大学病院 血液・膠原病内科 辰巳 陽一先生

14:00～14:10 休憩

14:10～15:10(質疑応答込み)

『末梢血幹細胞採取(仮)』

日本赤十字社医療センター 臨床工学技士 宮川 浩之先生

15:10～15:30

自施設の末梢血幹細胞採取について(依頼中)

15:30～16:00

パネルディスカッション

16:00～16:10

閉会のあいさつ 愛媛県立中央病院 血液内科 中瀬 浩一

日時:2019年8月3日(土) 12時30分～ (受付開始 12時～)

場所:愛媛県立中央病院 診療棟3階 東西及び中央カンファレンス会議室

※通常の開催場所とは違っていています。ご案内はいたしますが、ご注意ください。

対象:医師・看護師・臨床工学技士・その他移植に関わるスタッフ

参加費:無料 申込締切:2019年7月26日(金)

申込方法:E-mail c-hct2@eph.pref.ehime.jp Fax 089-943-4136

問合せ先:愛媛県立中央病院事務局総務医事課 医事グループ 二宮

Tel 089-947-1111(内7940)

その他希望される方については、愛媛県立中央病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 医事グループ（二宮 行）

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