

# 申 込 書

FAX番号: 024 - 549 - 3126

宛先: 菊地正美 行

日本輸血・細胞治療学会主催

## 2008年輸血テクニカルセミナー・アドバンスド

申込日:     月     日

氏 名	ふりがな		性別	
			男 ・ 女	
勤務先	施設名		部署	
勤務先所在地	〒			
TEL・e-mail	TEL		e-mail	
	(        )		内線	
日本輸血・細胞治療学会	受講者の会員番号	受講を推薦した輸血認定医師名	輸血検査 経験年数	年
実技講習	選択項目		解離試験の経験とその方法名(複数可)	
	1. 単球貪食試験 2. フローサイトメリーによるIgGサブタイプ		有 ・ 無	
<p>【アンケート】 輸血医療における同種抗体の臨床的意義 というテーマでナイトセミナーを行ないます。ディスカッションを円滑にするため、下記のテーマについてご意見を募ります。自施設での対処法について、抗体名を挙げて具体的にお答え下さい。(尚、氏名や施設名などの個人情報は公表いたしませんので、お気軽にご記入下さい)</p>				
1) 冷式抗体を保有する患者への輸血(適合血選択の必要性)				
2) 自己抗体を保有する患者への対処法と輸血(適合血選択の必要性)				
3) 高頻度抗原に対する抗体を保有する患者への対処法と輸血(適合血選択の必要性)				
署名欄	以上のとおり申し込みます 自署: _____			
受付	月 日 No. _____ (この欄には記入しないで下さい)			