

## 抗がん剤曝露対策協議会

賛助会員　ご入会のお願い

抗がん剤曝露対策協議会

理事長	垣添	忠生
副理事長	杉浦	伸一
理事	渡邊	眞理

平素、抗がん剤曝露対策協議会の活動にご協力を賜り、感謝致します。

患者に薬を投与する医療従事者の薬品被ばくについては、これまでほとんど関心が払われてきていませんでした。しかも、全ての薬は患者だけでなく、医療従事者にも害をもたらす可能性をもっています。抗がん剤には、非常に低濃度であっても、取り扱う際や周辺で作業をする医療従事者に健康被害をもたらす可能性が知られています。

本協議会は、2014年4月30日に発足致しました。

抗がん剤曝露対策の重要性を啓発し、医師、看護師、薬剤師等の医療従事者および抗がん剤使用者家族への被ばく対策により安全性を確保すること目的にしており、関連学会、研究会等への広報・告知活動をすすめて参ります。併せて、抗がん剤曝露対策に関する既存のエビデンスと新規エビデンスを蓄積して、より安全な被ばく対策を推進する所存です。

本協議会では普及活動を確実にひとつずつ進め、被ばく対策が着実に浸透させるためのシンボルマークとして、オレンジマールを採用しました。

今後の協議会の円滑な運営のために、新規に賛助会員となってくださる企業、団体を募集しております。是非ご検討賜りたいと存じます。

本協議会の趣旨にご賛同いただき、ご協力いただけます場合は、「賛助会員申込書」に必要事項をご記入の上、メールあるいはFAXにて事務局までご送付いただければ幸甚に存じます。

抗がん剤曝露対策協議会  
理事長 垣添 忠生  
副理事長 杉浦 伸一  
副理事長 渡邊 眞理

記

年会費：賛助会員 100,000円 (一口)

<お問い合わせ先>

抗がん剤曝露対策協議会事務局

(株式会社コンパス内)

担当：萩原 はるな 濱 澄男

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-3-11 5F

TEL：03-5840-6131

FAX：03-5840-6130

# 抗がん剤療曝露対策協議会 賛助会員申込書

記入日：平成 年 月 日

ふりがな					
貴社名					
貴社ご担当部署名					
住 所	〒				
TEL/FAX	/				
ご担当者名					
担当者名 E-mail Address					
申し込み口数 (¥100,000/年/口数)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">口数</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">金額</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table>	口数	円	金額	円
口数	円				
金額	円				

必要事項をご記入の上、下記事務局までFAXあるいは郵送でお送り下さい。

請求書が必要な方はお知らせ下さい。後日、請求書を送付致します。

## (賛助会費の振込先)

口座名義：抗がん剤曝露対策協議会 理事長 垣添忠生  
 (コウガンザイバクロナイサクキョウギカイ リジチョウ カキゾエ タダオ)  
 銀行名：三菱東京UFJ銀行  
 支店名：本郷支店 (店番：351)  
 口座番号：普通 0158527  
 なお、払込・振込手数料は振込者をご負担下さいます様、お願い申し上げます。

## (申込書送付先/お問い合わせ先)

〒113-0033  
 東京都文京区本郷 3-3-11 NCKビル 5F  
 抗がん剤曝露対策協議会 事務局代行  
 (株コンパス内) 担当：萩原、濱  
 TEL：03-5840-6131 FAX：03-5840-6130  
 E-Mail：info@anti-exposure.jp