

抗がん剤曝露対策協議会入会のご案内

謹啓

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ます、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。

抗がん剤曝露の問題が、さらに現状を鑑み、さらに多くの方々の本協議会への入会と活躍をお願い申し上げます。

謹白

2017年6月吉日

特定非営利法人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 那須 和子

記

ご入会いただけます場合は、「会員申込書」に必要事項をご記入の上、FAX等にて事務局代行までご送付いただければ幸甚に存じます。

会費（年会費） 2,000円

<お問い合わせ先>

特定非営利法人抗がん剤曝露対策協議会事務局代行
(株式会社コンパス内) 担当：高橋美紀・萩原はるな

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-3-11 5F

TEL:03-5840-6131 FAX:03-5840-6130

E-Mail : info@anti-exposure.jp

抗がん剤曝露対策協議会 会員申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日（西暦）	年 月 日
性別	男性 女性
ご所属先施設名称	
ご所属先部署	
ご所属先住所	〒
ご所属先 TEL、FAX	TEL FAX
ご自宅先住所	〒
ご自宅 TEL、FAX	TEL FAX
E-Mail	
連絡先	所属先 自宅（○をつけて下さい） オレンジマール通信など郵送物の送付先になります。
職種別	・医師（診療科：） ・看護師 ・薬剤師 ・その他（）

FAX 送信先 03-5840-6130

<申込書送付先>

特定非営利法人抗がん剤曝露対策協議会事務局代行
(株式会社コンパス内) 担当：高橋美紀・萩原はるな

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-3-11 5F

TEL:03-5840-6131 FAX:03-5840-6130