

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、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

2014年6月吉日

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

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） 1,000円

〈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

E-Mail: info@anti-exposure.jp

抗がん剤曝露対策協議会 会員申込書

記入日：平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日（西暦）	年 月 日
性別	男 女
所属施設住所	〒
所属施設名称	
所属部署	
所属施設 TEL、FAX	
ご自宅住所	〒
ご自宅 TEL、FAX	
E-mail Address	
連絡先	所属先 自宅（○をつけて下さい）
職種別	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師（診療科；) ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ その他（)

入会申込書 FAX 送信先 03-5840-6130

(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)
 TEL：03-5840-6131 FAX：03-5840-6130
 E-Mail：info@anti-exposure.jp

以上