

平成 30 年 10 月吉日

第 29 回東北アフェレシス研究会

開催概要ご案内及び演題募集のお知らせ

東北アフェレシス研究会 代表世話人
東北大学大学院薬学研究科 臨床薬学分野
佐藤 博
第 29 回東北アフェレシス研究会 当番世話人
岩手医科大学 泌尿器学講座
阿部 貴弥

謹啓

時下、先生方におかれましては、益々ご清祥のことお慶び申し上げます。

さてこの度、下記の概要で第 29 回東北アフェレシス研究会を開催する運びとなりました。つきましては一般演題の募集を開始いたしましたので、多数の応募と研究会へのご参加を賜りますよう、ご案内申し上げます。

謹白

○開催概要○

会 期：平成 31 年 3 月 23 日(土)
会 場：江陽グランドホテル
 仙台市青葉区本町 2 丁目 3-1 電話：022-267-5111
参 加 費：3,000 円(情報交換会参加費込み)
代表世話人：佐藤 博(東北大学大学院 薬学研究科 臨床薬学分野)
当番世話人：阿部貴弥(岩手医科大学 泌尿器科学講座)
共 催：公益財団法人 宮城県腎臓協会、東北アフェレシス研究会
後 援：一般社団法人 宮城県臨床工学技士会

【プログラム概要】

一般演題 医師セッション
臨床工学技士セッション

技術講習会

教育講演 群馬パース大学 大学院保健科学研究科 臨床工学科長 教授 芝本 隆 先生

特別講演 順天堂大学医学部附属順天堂医院 膠原病・リウマチ内科 准教授 山路 健 先生

【演題登録期間】 平成 30 年 11 月 20 日から平成 31 年 1 月 31 日

【抄録締め切り】 平成 31 年 2 月 1 日

【演題応募方法】

東北アフェレシス研究会 E-mail : officeapheresistohoku@gmail.com に応募してください。
演者名、所属、演題名と400字の抄録が必要です。officeapheresistohoku@gmail.comに
演者と演題名をお知らせいただければ、テンプレートファイルをご返信いたします。
必要事項と抄録本文400字等を入力して2月1日までに送り下さい。

【単位認定】 参加者は以下の単位を取得できます。

日本アフェレシス学会 認定制度 4単位

日本臨床工学技士会 専門臨床工学技士認定制度 3単位

慢性腎臓病療養指導看護師 受験・更新 6単位

演者の方へのお願い：

●USBフラッシュメモリのデータ、またはPCのお持ち込みのいずれかでお願い致します。

1. Windows版PowerPointで作成されたものをUSBフラッシュメモリーでご持参ください。
※Mac版PowerPointでデータを作成された場合は、ご自身のPCをお持ち下さい。
2. 動画をご使用になる場合は、ご自身のPCをお持ち下さい。なお、音声のご使用はできませんのでご了承下さい。
3. PCお持ち込みに際しては、必ずACアダプターもお持ち下さい。

お問合せ先

東北アフェレシス研究会 事務局

〒980-8574

宮城県仙台市青葉区星陵町1-1

東北大学病院血液浄化療法部内

TEL : 022-717-7467 FAX : 022-717-7469

officeapheresistohoku@gmail.com

第 29 回東北アフェレシス研究会 一般演題登録テンプレート

1. 申込情報

筆頭発表者氏名	
ふりがな	
機関・所属	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他
希望セッション	該当するカテゴリをクリックしてチェックして下さい（複数可）
演題カテゴリ	<input type="checkbox"/> 血液透析、血液濾過 <input type="checkbox"/> 血液吸着 <input type="checkbox"/> 血漿交換 <input type="checkbox"/> 腹水濾過濃縮再静注 <input type="checkbox"/> フィルター <input type="checkbox"/> アフェレシス関連機器 <input type="checkbox"/> 医療安全管理 <input type="checkbox"/> 腎臓、代謝、内分泌系 <input type="checkbox"/> 血液免疫系 <input type="checkbox"/> 神経内科系 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> 救急救命系 <input type="checkbox"/> 集中治療 <input type="checkbox"/> その他のカテゴリ
住所	
郵便番号	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail アドレス	

2. 所属施設、発表者及び共同演者情報

所属施設名	
○筆頭発表者 共同演者名	○

3. 演題入力

演題名	
演題本文（400 字）	

演題名・演者名. 400 字以内の抄録を E-mail で受付致します。(mail の『件名』に東北アフェレシス研究会と明記下さい) 演題名と演者のみ、officeapheresistohoku@gmail.com にお知らせいただければテンプレートファイルを電子的にご返信いたします。抄録本文等を入力してお送り下さい。