FAX: 03(5283)5629 ドナー安全委員会 行

送信日	年	月	日
	地	区事務	易局

## 骨髄採取後、酸素飽和度低下を認めた事例に関する問い合わせについて

記入者

件名	について	(地区代表協力医師による確認	済 未
(施設名	)(医師名	)	
近 <b>次</b> 中京 (同 <b>次</b> 老)	,	(同答口:2002年 日 口)	
返答内容 (回答者:	)	<u>(回答日:2003年 月 日)</u>	
		(安全委員会委員長確認 済	未)

< ドナー安全委員会担当者記入欄 >
問い合わせ No ドナー安全委員会への確認 要 不要)
<備考>