

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			)

返答内容 (回答者:	) (回答日:2003年	月	日)
	(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>	