**「日本における骨髄増殖性腫瘍の予後に関する大規模多施設前向き観察研究」**

**（JSH-MPN-15）**

**骨髄生検病理レポート送付用カバーシート**

症例登録番号：JSH-MPN-\_＿　＿＿　＿＿　＿＿

診断時の骨髄生検の病理レポートを下記宛てにFAXもしくは郵送にてお送り下さい。

その際に、患者氏名、各ご施設でのID、性別、年齢、生年月日など、患者個人の特定に繋がる情報は塗りつぶして下さい。

宛先：

JSH-MPN-15 中央判定機関

順天堂大学医学研究科　血液内科学　小松 則夫

〒113-8421　東京都文京区本郷2-1-1

FAX：03-3813-0841

送付枚数：＿＿＿＿＿＿枚

貴施設担当者

施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿