

静岡県HIV透析ネットワーク登録申請書

静岡県HIV透析ネットワークの登録について、下記の通り申請いたします。

申請年月日 年 月 日

施設名			
所在地	〒		
連絡先	電話	- -	FAX - -
ふりがな 申請者名			役職
申請者 連絡先	電話	- -	FAX - -
	Email	@	
	(*メールアドレスもご記入ください。申請を登録完了後、お知らせメールをお送りします。)		

貴施設で可能な透析内容 (可能なもの全てに チェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 入院透析	<input type="checkbox"/> 通院透析
	<input type="checkbox"/> 透析導入	<input type="checkbox"/> 維持血液透析
	<input type="checkbox"/> 感染透析	<input type="checkbox"/> 腹膜透析

下記連絡先に郵送またはFAXにて送付ください。

登録に関する照会および登録申請書送付先 浜松医科大学医学部附属病院 静岡県HIV透析ネットワーク事務局(医療福祉支援センター内)(担当:神谷) 静岡県浜松市東区半田山一丁目20番地1号 TEL: 053-435-2772 FAX: 053-435-2480
--

事務局使用欄	
受付	受領メール送信