



「ふじっぴー」©静岡県

**【宛先】**

静岡県肝疾患診療連携拠点病院

浜松医科大学医学部附属病院

肝疾患連携相談室

TEL:053-435-2476

FAX:053-435-2475

## 肝臓病手帳申込書

肝臓病手帳をご希望の方は下の空欄にご記入の上、FAXで肝臓病手帳申込書をお送りください。

肝臓病手帳は郵送にてお送り致します。なお、肝臓病手帳は、無料でお渡し致します。

また、ご質問等ございましたら、下の 3) にご記入いただくか、お電話にてお問い合わせください。

申込日                      年                      月                      日

1) 医療機関、行政機関等からお申し込みの場合

貴施設名	
ご住所	〒
電話番号	
ご担当者名	
ご希望数	冊

2) 個人でお申し込みの場合(原則1冊お送りします)

お名前	
ご住所	〒
電話番号	
現在受診中の 医療機関名	

3) ご質問、ご要望がございましたら、ご記入ください。