

東京都 HIV 透析ネットワーク登録申請書

あて先： 東京都 HIV 透析ネットワーク事務局

(都立駒込病院腎臓内科内)

FAX: 03-4463-7537

東京都 HIV 透析ネットワークの登録について、下記の通り申請します。

申請年月日： 年 月 日

施設名			
所在地	〒 -		
連絡先	TEL	FAX	
ふりがな	氏	名	役職名
申請者名			
申請者連絡先	TEL	FAX	
	E-mail	@	
貴院で可能な透析内容(チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 入院透析	<input type="checkbox"/> 外来透析	

下記登録先に郵送または FAX にて送付して下さい。

登録に関する照会および登録書送付先

都立駒込病院腎臓内科内

東京都 HIV 透析ネットワーク事務局

〒113-8677 東京都文京区本駒込三丁目 18 番 22 号

TEL: 03-4463-7534(代表)

FAX: 03-4463-7537(腎臓内科内)