千葉県HIV 透析ネットワーク登録申請書

あて先

千葉大学医学部附属病院　感染制御部内

千葉県 HIV 透析ネットワーク事務局　　事務担当：大草

FAX:　043-226-2663（代表）

千葉県 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　　ー　　ー	FAX　　ー　　ー	
ふりがな	氏	名	役職名
施設責任者			
ふりがな	氏	名	役職名
担当者			
担当者 連絡先	TEL　　ー　　ー	FAX　　ー　　ー	
	E-mail　　@		
貴院で可能な 透析内容 （チェックしてください）	□入院透析	□外来透析	

下記登録先にメールまたは FAX にて送付してください。

登録に関する照会および登録書送付先

千葉県HIV 透析ネットワーク事務局

千葉大学医学部附属病院　感染制御部内

〒260-8677　千葉市中央区亥鼻1-8-1

TEL:　043-222-7171 内線6445

FAX:　043-226-2663

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　kansen@office.chiba-u.jp

事務担当：大草