

石川県 HIV 透析ネットワーク登録申請書

石川県 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	電話：	FAX：	
ふりがな 申請者名		役職	
申請者	電話：	FAX：	
連絡先	Email：		

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"/> 外来透析
	<input type="checkbox"/> 透析導入	<input type="checkbox"/> 感染透析
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析	<input type="checkbox"/> 旅行者透析

下記登録先に郵送または 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
石川県 HIV 透析ネットワーク事務局
(みずほ病院内)

〒929-0346

石川県河北郡津幡町字潟端 422 番地 1

TEL：080-7156-1155

FAX：076-288-3801