

検査入院申込書

宛先：広島大学病院 エイズ医療対策室

FAX：082-257-5351

郵送先：〒374-8551 広島県広島市南区霞1-2-3
(FAXまたは郵送にてお申込みください)

ふりがな		性別
名前		男性 ・ 女性
生年月日	年 月 日 (歳)	
現住所 (自宅)	〒 _____	
電話番号	(自宅)	
	(携帯電話)	
入院希望日	第一希望 年 月 日 (木)	
	第二希望 年 月 日 (木)	
検査入院で特に診てほしいところ (複数回答可)	当てはまる項目に○をつけてください。 関節 歯科 肝臓 その他	
具体的に •		
申込医療機関	所在地	
	名称	
	連絡先	
	医師	

※ お送りいただいた個人情報の取り扱いについて厳重に管理し、同意なしに第三者に提供することはありません。