

## 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：〒734-8551 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)
住所 (ご自宅)	〒 _____			
	_____ 県			
電話番号	(ご自宅)			
	(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 <b style="color: red;">特に調べてほしいこと</b> *当てはまる項目に○をつけてください (複数回答可)				
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		
		医師名		

※ 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一切ありません。