

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)	
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)
検査入院で一番知りたいこと *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		

※ 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。