

血友病薬害被害者対象検査入院

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)～
検査入院で特に調べてほしいこと *当てはまる項目に○をつけてください (複数回答可)				
<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 関節 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> その他 </p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>具体的に</p> <ul style="list-style-type: none"> • </div>				
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。