

(様式1 患者さん主治医)

平成 年 月 日

日本さい帯血バンクネットワーク
会長 中林正雄 あて

医療機関名 _____

院長名 _____ 公印

日本さい帯血バンクネットワーク「さい帯血情報公開検索システム」利用申込書

日本さい帯血バンクネットワーク「さい帯血情報公開検索システム」において詳細検索を行うため、下記のとおり申込みます。

記

1. 担当者（責任者）^{フリガナ}氏名： _____ 印
2. 診療科または所属： _____
3. 住 所： 〒 _____
4. 電話番号： _____ FAX番号 _____
5. E_mail _____

※添付書類：担当者（責任者）の身分証明書または運転免許証のコピー