

(様式2 患者支援団体の医療相談担当者)

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

団体名 _____

代表者名 _____ 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、下記のとおり申し込みます。

記

1. 担当者（責任者）^{フリガナ}氏名： _____ 印

2. 役職または所属： _____

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