

**協力希望者・紹介状申込用紙**

1)、2)、3)は必ずお書きください。1)、2)、3)に関する情報が書いてあればこの用紙でなくて普通の便せん等でもかまいません。返送先宛名を書いた返信用封筒と共に下にある住所に郵送してください。

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 1) 希望実施医療機関名                |  |
| 2) 協力希望者氏名                  |  |
| 3) 協力希望者住所                  |  |
| 通信欄<br>(なにかあれば、<br>お書きください) |  |

キリトリ

〒216-8512  
神奈川県川崎市宮前区菅生2-16-1

聖マリアンナ医科大学大学院  
医療情報実用化マネジメント学  
寄附研究部門

JSPFAD受付本部

宛先の住所です。  
切り取ってお使ください。  
(手書きにしてもかまいません)