

協力希望者・紹介状申込用紙

1)、2)を必ずご記入ください。1)、2)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に110円切手を貼付の上、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) 協力希望者情報 ※こちらに記載された情報で紹介状を発行しています。 情報が不足する場合、紹介状の発行ができません。	フリガナ：
	氏 名：
	性別： 男性 女性 ※どちらかを選んでください
	生年月日：（西暦） 年 月 日
	住所：
通信欄 紹介状の申込に関して伝えたいことがある場合、こちらにお書きください。	

※お送りいただいた個人情報は、聖マリアンナ医科大学の診療端末に登録され、紹介状の作成に使用されます。

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
血液・腫瘍内科
JSPFAD受付本部 渡邊俊樹

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