

## 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)