血友病診療地域中核病院応募用紙

1. 施設名：
2. 施設住所：
3. 施設電話番号：
4. 血友病診療担当責任医師名： （ 科）
5. 血友病診療担当責任医師のメールアドレス：
6. 血友病診療担当責任看護師名：
7. 現在、診療中の血友病患者数：約 名
8. 施設長への委嘱状送付の必要性（ あり なし ）
9. 必要ありの場合の宛名と送付先

・宛名

・送付先