

嚢胞性線維症(腓嚢胞線維症)登録制度

相談医登録申請書

記入日: 平成 年 月 日

先生のお名前: _____

所属施設・診療科・職名: _____

連絡先: TEL: _____ FAX: _____

E-mail: _____

相談に応じることのできる内容

診断: _____

治療: _____

カウンセリング: _____

その他: _____

事務局へのメッセージ:

お手数ですが、下記事務局まで返送ください。

郵送、FAX、E-mail、いずれでも結構です。

〒464-8601 名古屋市千種区不老町 E5-2 (130)

名古屋大学総合保健体育科学センター 健康栄養医学

嚢胞性線維症(腓嚢胞線維症)登録制度事務局

石黒 洋

TEL/FAX: 052-744-2183

E-mail: ishiguro@htc.nagoya-u.ac.jp