

愛知県透析医会会員名簿 個人票

緊急時を想定したものであり、自宅住所、電話、携帯電話については、公式の名簿には記載されず、事務局で保管いたします。

差し支えない範囲で御協力をお願い致します。

氏 名 :

施 設 名 :

役 職 名 :

施設住所 :

施設 TEL :

施設 FAX :

(出来ましたら先生に一番届きやすい FAX 番号をお願いします)

自宅住所 :

自宅 TEL :

携帯番号 :

メールアドレス : @

愛知県透析医会 事務局
五条川リハビリテーション病院内
〒452-0961
愛知県清須市春日新堀 33 番地
FAX : 052-401-5570
TEL : 052-401-7272

FAX にてお送り下さい
送信先 FAX : 052-401-5570