嚢胞性線維症（膵嚢胞線維症）登録制度

**協力施設登録申請書**

記入日：　　平成24年　　月　　日

協力施設・診療科名：

担当者および連絡先：

TEL: FAX:

E-mail:

協力内容：

□：　汗中Cl-濃度の測定

□：　CFTR遺伝子変異の解析

□：　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（膵嚢胞線維症）登録制度事務局

石黒　洋

TEL/FAX: 052-744-2183

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