

嚢胞性線維症(腓嚢胞線維症)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 CI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(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](mailto:ishiguro@htc.nagoya-u.ac.jp)