嚢胞性線維症（膵嚢胞線維症）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（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