**血液疾患登録 新規施設登録申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **施設名**
 |  |
| 1. **施設英語名**
 |  |
| 1. **診療科名**
 |  |
| 1. **診療科英語名**
 |  |
| 1. **郵便番号・住所**
 | 〒　　　　　　　　　 |
| 1. **電話番号**
 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 1. **施設登録責任者の氏名及びメールアドレス**

英語入力例：Yamada Taro(**頭文字のみ大文字**) | **氏　名（姓名）** | 医師/非医師 | **メールアドレス****※共有のアドレスは使用不可** |
| 日本語 姓 | 日本語名 | 医師 |  |
| 英語　姓 | 英語　名 |
| 1. **ユーザーの氏名及び**

**メールアドレス** | **氏　名（姓名）** | 医師/非医師 | **メールアドレス****※共有のアドレスは使用不可** |
| 日本語 姓 | 日本語名 | [ ] 医師[ ] 非医師 |  |
| 英語　姓 | 英語　名 |
| 日本語 姓 | 日本語名 | [ ] 医師[ ] 非医師 |  |
| 英語　姓 | 英語　名 |
| 日本語 姓 | 日本語名 | [ ] 医師[ ] 非医師 |  |
| 英語　姓 | 英語　名 |

**日本血液学会事務局　E-mail :**data@jshem.or.jp

申請日：　　年　　月　　日　　　　　申請者：