大阪母子医療センター

拡大新生児マススクリーニング検査

施設登録申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | |  |
| 代表者(施設長) | |  |
| 医療機関住所 | | 〒 |
| 電話番号 | |  |
| FAX番号 | |  |
| リーフレット・ろ紙等のキット送付先（病棟や診療科など） | | |
|  | 担当部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| メールアドレス |  |
| 契約手続き関係（事務手続きの方） | | |
|  | 担当部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| メールアドレス |  |
| 母子センターHPへの　貴院名記載について | | （　　　可　　　・　　不可　　） |

申込方法・・・ メール、郵送またはファックスにて申込書を送付ください。

送付先・・・ [soumu@wch.opho.jp](mailto:soumu@wch.opho.jp)

〒594-1101　大阪府和泉市室堂町840番号

　 地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪母子医療センター

　 総務・人事グループ　総務担当

　 TEL：0725-56-1220　 FAX：0725-56-5682