

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