

新規移植登録申込書

患者氏名

携帯電話

〒

住所

生年月日

移植希望施設

受診希望日

身長

体重

血液型

型 Rh

緊急連絡先氏名

電話

透析

血液透析

腹膜透析

透析前登録

↓

透析曜日

月

火

水

木

金

(AM

PM

夜間)

透析病院

主治医

連絡責任者

TEL

FAX

連絡事項

* 個人情報保護のため、下記まで郵送にてお申込みください。

〒930-0194 富山市杉谷2630番地富山大学内 富山県移植推進財団宛

* この情報は、移植に関わる業務にのみに使用いたします。

* 不明な点はコーディネーター高橋までご連絡ください。090-1637-8847