

研究施設参加申込用紙

記入日	西暦	年	月	日
申請者名				
施設名				
診療科・教室名				
住 所	〒□□□-□□□□			都・道・府・県
Tel・Fax	Tel.	()	Fax.	()
施設研究責任者名				
E-mail アドレス	@			
事務連絡担当者名	(事務連絡先→施設研究責任者と同一でも可)			
E-mail アドレス	@			
個人情報分担管理者名				
E-mail アドレス	@			
病院基本情報	年間川崎病患者数 約()名			
備 考	<p>どちらかに○をつけてください</p> <p>DNA検体返却を 希望する ・ 希望しない</p> <p>DNA検体返却先 自施設 ・ その他()</p>			

この書類は下記宛にFAX、またはe-mailでご送付ください。

川崎病遺伝コンソーシアム事務局
(国立成育医療研究センター)

FAX: 03-3416-0541

e-mail: jkdgcoffice@gmail.com



Japan Kawasaki Disease Genome Consortium

