

調査票連絡票（ファクシミリレター）

【送付先】

FAX: 03-5259-1812血液凝固異常症全国調査運営委員会事務局
(公財)エイズ予防財団 御中

①様式1～様式4に関し、対象患者はいません。

※①に丸をした場合、様式6の「調査協力医師名の記載についての同意書」もあわせてご送信ください。

②下記の調査用紙が不足しています。送付をお願いします。

様式1 を () 枚

様式2 を () 枚

様式3 を () 枚

様式4 を () 枚

※調査用紙は、エイズ予防情報ネット（API-Net）からダウンロードしてご利用
いただいても結構です。

③API-Net 掲載資料（今回の同封資料以外）の送付をお願いします。

西暦 年 月 日

施設番号 _____ (郵送封筒に貼ってあるラベル右下の番号です)

施設名 _____

診療科名 _____

担当医 _____

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____