**血友病診療連携委員会　地域中核病院　応募用紙**

1. **施設名：**
2. **施設住所：**
3. **施設電話番号：**
4. **血友病診療担当責任医師名： （ 科）**
5. **血友病診療担当責任医師のメールアドレス：**
6. **血友病診療担当責任看護師名：**
7. **現在、診療中の血友病患者数：約 名**
8. **施設長への委嘱状送付の必要性（ あり なし ）**
9. **必要ありの場合の宛名と送付先**

**・宛名**

**・送付先**