

# 日本語版 SEIQoL-DW

## 使用登録票(仮)

フリガナ

使用者名

職 種

(医療)機関名

連絡先 ( 勤務先 ・ 自 宅 )

住 所

電 話

FAX

E-mail

携帯のメールアドレス

はご遠慮ください

今後の勉強会などのご案内に使用させていただきます。

※連絡先が変更になりました際は、必ずお知らせ下さい。

DISC の購入を希望します。 \_\_\_\_\_ 枚 (1 枚 1,500 円)

(入金予定日 月 日) 分かる場合のみ記入してください。

(DISC は入金確認後の発送となりますのでご了承ください。)

登録日 (事務局で記入) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

DISC の送付 (事務局で記入) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

FAX送信先：0257-22-7677

e-mail：225-kenkyuu@mail.hosp.go.jp

独立行政法人国立病院機構新潟病院

植村富士子・牧野玉緒・小林亜矢