

【別紙】

CKDシール送付依頼票

送付先： 長崎県 医療政策課 がん対策班 行

FAX：095-895-2573

E-mail：s04030@pref.nagasaki.lg.jp

令和 年 月 日

以下のとおり、CKDシールの送付を依頼します。

|         |   |
|---------|---|
| 病院・薬局名  |   |
| 送付先住所   | 〒 |
| 連絡先（電話） |   |
| 担当者名    |   |

【希望枚数】

※1シートにシール15枚あります。

シート

【連絡事項】

※その他、ご要望等ありましたらご記入ください。