

令和 年 月 日

群馬県知事 様

医療機関名  
管理者名

H I V協力透析医療機関登録同意書

群馬県H I V感染者等透析医療連携事業における協力透析医療機関として下記のとおり登録し、HIV感染者・エイズ患者の透析医療に協力することに同意します。

記

医療機関名	
住所	
電話番号	
連絡担当者	