

送信先 FAX:075-366-7663

JAR UMIN 施設追加申込書

申込年月日： 年 月 日

所属施設以外の下記施設での症例の登録を希望します。

項目		記入欄
UMIN ID		
氏名		
追加施設	施設 ID	
	施設名	

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町 54 京都大学医学部 整形外科学教室 内
日本人工関節登録制度事務局 TEL : 075-751-3366