

虎の門病院 肝疾患相談センター宛

FAX : 03-3560-7630

## C型肝炎地域連携パス 肝臓手帳送付依頼票 (23区用)

ご施設名	
ご住所	〒
ご連絡先	(TEL) (FAX)
ご担当者氏名	
必要部数	部

- 肝臓手帳(23区用)の追加送付をご希望の際は、こちらの用紙にご記入いただき、虎の門病院 肝疾患相談センターまでFAXをお送りください。
- FAXをお送り頂いてから、1週間以内に発送させていただきます。  
届かない場合はFAXが届いていない可能性がございますので、お手数ですがご連絡ください。

《問合せ先》  
東京都肝疾患診療連携拠点病院 虎の門病院  
肝疾患相談センター事務局  
TEL:03-3560-7672(直通) / 平日9:30~16:00