

●川崎病急性期カード注文書●

日本川崎病研究センター宛

必要なカード枚数： _____ 枚

<送付先>

住所：〒

施設名： _____

医師名： _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

送信先：日本川崎病研究センター

電話：03-5256-1121

FAX：03-5256-1124

専用E-mailアドレス：kdcenterkdcard@gmail.com