日本呼吸器学会保険委員会宛　要望書

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| メールアドレス（半角） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ご要望の種類 | 選択してください |
| ご要望の概要（200字以内） |  |
| 薬事承認の有無 | 選択してください |
| 薬事承認番号（薬事承認有りの場合） |  |