

B型肝炎「給付金」資料請求 FAX 03-3357-5742

ご記入の上、FAX などでお送りください。

患者さんのお名前	生年月日 昭・平 年 月 日
病態 ○をおつけ下さい → (無症候性キャリア、慢性肝炎、肝硬変、肝がん、死亡)	
ご相談者のお名前 (資料の宛名)	患者さんとのご関係 ご本人・その他 ()
ご住所 〒() - () ※郵便番号もお書きください。	
電話番号	携帯電話番号
メールアドレス	
備考	
<p>※資料は法律事務所名で送り、封筒に「B型肝炎」とは書いてありません。とくに個人名での発送を希望される場合は、その旨お書きください。</p> <p>※各県の支部（茨城県、栃木県、群馬県、長野県）からの連絡を希望される場合は、その旨お書き下さい。</p>	

全国B型肝炎訴訟東京弁護団

(事務局) 〒160-0004 東京都新宿区四谷 1-4 四谷駅前ビル 東京法律事務所内

☎03-3352-7333、03-3355-0611 FAX 03-3357-5742

ホームページ <http://bkan-tokyo.com>

B型肝炎 東京弁護団

で検索