神経疾患のオンライン遺伝相談申込書

以下の内容に同意の上、神経疾患のオンライン遺伝相談に申し込みます。

① 訴訟などの目的には使用しないこと
② 自由診療料金として定められた金額を支払うこと
③ 説明の際に受領した資料を第三者へ提出しないこと
④ 相談中に相談内容を録画・録音しないこと

１．申し込み日付：　　年　　月　　日

2．相談者氏名：（フリガナ）

3．性別（　男　・　女　）

4．生年月日：（明治・大正・昭和・平成・令和）　年　　月　　日生

5．ご住所：
〒　　－

6．ご連絡先：

7．疾患名：

8．ご相談の具体的な内容：

〈お申込書先〉
〒814-0180
福岡市城南区七隈七丁目45番1号
福岡大学病院　医事課
Tel　092-801-1011
Fax　092-862-8200