

**必須**

妊婦、配偶者またはパートナー氏名を自署のうえ、  
遺伝カウンセリング予約時にご持参ください。

## 遺伝カウンセリング 申込書兼同意書

小阪産病院 院長殿

遺伝カウンセリングについて、「遺伝カウンセリングのご案内」  
の内容と下記を十分理解した上で、遺伝カウンセリングの申込みを  
致します。

ご一読のうえ、にをご記入ください。

時間：1回 45分（最大60分）

料金：1回 5,500円（税込）

※予約時にお支払いいただきます。キャンセル時の返金はございません。

※日程変更は前日（外来診療日）16時30分までになります。

※当日、体調不良等ございましたら、予約時間までにご連絡ください。

担当：臨床遺伝専門医・認定遺伝カウンセラー®

記入日 西暦 年 月 日

住所

連絡先

ID 妊婦氏名（自署）

パートナー

配偶者氏名（自署）