

ゲノム疾患・遺伝子診療センター受診 -事前確認書-

| | |
|---------------|-------------------|
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 住所 | 〒 - |
| 電話番号 | - - - - |
| 岐阜大学病院の受診歴の有無 | 有（診察券番号： ）・ 無 |
| 相談の内容 | |

1) 本紙、84円切手を貼付し、宛名を記載した返信用封筒、参考資料などを封書に入れて、下の宛て先まで郵送してください。

〒501-1194 岐阜市柳戸1番1
岐阜大学医学部附属病院 ゲノム疾患・遺伝子診療センター

3) 本紙をこちらで確認し、ご相談が本院で対応可能かどうか判断させていただきます。対応が難しい場合は恐れ入りますが、受診をお断りする場合がございます。あらかじめご了承ください。