

# がん・生殖医療相談申込書

年 月 日

岐阜大学医学部附属病院医療連携センター 宛

医療機関： \_\_\_\_\_

担当者： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

FAX 番号： \_\_\_\_\_

所在地： \_\_\_\_\_

## 相談希望者について

フリガナ 患者氏名		男 ・ 女
生年月日	年 月 日 ( 歳)	
住 所	〒 電話番号	
現在の状況	( 入院中 ・ 通院中 ) 診療科： 主治医：	

※事前に患者さん（相談希望者）の情報を登録しますので、太枠内の情報は正確にご記入ください。

※相談料金は、30分までを10,000円（税別）とし、以降延長30分ごとに5,000円（税別）が加算された金額になります。