

がん・生殖医療相談申込書

西暦 年 月 日

岐阜大学医学部附属病院総合患者サポートセンター 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。