臨床遺伝医療部受診申込書

フリガナ	
氏名	
生年月日	大・昭・平・令・西暦　　年　　月　　日
住所	〒　　－
電話番号	―　　―
	―　　―
名古屋市立大学病院の受診歴の有無	有（診察券番号：　　）・　無
紹介状の有無	有（紹介元病院：　　）・　無
相談の内容	

※初回来談時に検査は実施せず、遺伝カウンセリングのみとなります。

この用紙に記入のうえ、宛名を記載し１１０円切手を貼付した返信用封筒とともに封書に入れて下のあて先まで郵送してください。

〒467-8602

名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄１番地

名古屋市立大学病院病院管理部医事課（臨床遺伝医療部担当）