栃木県立がんセンター　がんゲノム医療　初診外来申込書

FAX：028-684-5756（栃木県立がんセンター ゲノムセンター）

以下を全てご記入の上、FAX送付ください

FAX送付日　　年　　月　　日

患者氏名	フリガナ （　男　・　女　）
生年月日	年　　月　　日　（　　歳）
住所	〒
病名・原発臓器	
受診内容	がんゲノムプロファイリング検査について
検体の有無	□有　　□無
現在かかっている医療機関と主治医	（機関名）
	科　　先生

紹介元情報

（送信元） 医療機関名	
ご担当者様	部署　　氏名 電話番号：
FAX番号	

FAX**送付前**に下記へご連絡ください。受取り確認後当院から連絡いたします。
ゲノムセンター直通電話：　028-611-5480　（9時～17時　土日祝日、年末年始を除く）

※本申込書を診療情報提供書とともにFAX送付ください。診療情報提供書の原本は受診時にご持参ください。

貴院への予約連絡は3営業日以内にFAXにて予約票を送付いたします。