

■ 病理組織事前診断 申込書・同意書

年 月 日

群馬大学医学部附属病院 病院長 殿

私は主治医よりがん遺伝子パネル検査について説明を受け、検体の事前確認を希望します。

がん遺伝子パネル検査を受けるために、群馬大学医学部附属病院の病理組織事前診断を申込み、以下の金額を支払います。また、追加検査が必要になった際には追加費用を支払います。

- 病理組織事前診断料 11,000 円 (税込み) / 1 回
※自由診療のため、全額自己負担になります
- 診断の結果、がん遺伝子パネル検査に至らない場合も同費用が発生いたします。
- 後日、振込用紙を郵送させていただきます。同意者連絡先以外の場所へ送付を希望される方は、振込用紙送付先にご記入ください。

フリガナ		性別
同意者 (本人)	(自署)	男・女
生年月日	昭・平・令 年 月 日生 (歳)	
同意者連絡先	住所 〒 電話番号	
振込用紙送付先	住所 〒 氏名 (続柄:) 電話番号	
代諾者 立会人	※患者さんに判断能力がない場合にのみ、代諾者が自筆署名、もしくは記名押印してください。 氏名 (続柄:) 氏名 (続柄:)	

※本様式は他の必要書類と一緒に、追跡可能なレターパック等で送付してください。

以下 群大病院記載欄

ID : 実施日
23 先端医療科 医事コード 912960 病理組織 (事前) 診断料