

群馬大学医学部附属病院
先端医療開発センター 宛
TEL 027-220-8347

<発信医療機関>

所在地

名称

TEL

FAX

診療科

医師名

○サンプル検体を確認後1~2週間で
検体の適否をFAXにてご連絡致します

連絡担当者名

がんゲノム外来 申込書

申込日	年 月 日						
フリガナ			性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	
氏名	旧姓					年 月 日	
住所	〒			電話番号	() -		
				携帯番号			
保険者番号		区分	本人・家族	公費負担者番号			
記号・番号	・			公費受給者番号			
資格取得日			割合	割合	有効期限	～	
群大病院受診歴	有 (年前) ・ 無 ・ 不明 (群大ID:)				労災認定	有 ・ 無	
貴院に入院中ですか はい (月 日退院予定) ・ いいえ							

※本様式は医療機関が記入し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。

※がんゲノム外来 13:00~15:00 月曜日・火曜日のみ
(予約日が決まりましたら、当院から紹介元病院に連絡いたします)