■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うけるために、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

53　腫瘍内科　　医事コード　912960　　病理組織（事前）診断料