**予約FAX：025-227-0984**

TEL：025-227-0881

〒951-8520　新潟市中央区旭町通1-754

新潟大学医歯学総合病院

患者総合サポートセンター　予約センター　行き

がん遺伝子外来　申込書

20　　年　　　　月　　　　日

ふりがな

　氏　　名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者さんの住所・氏名・性別・生年月日・連絡先 | 〒  住　所 | 大・昭　　　　年　　　　月　　　　日生  平　　　　　　　　　　　　（　　　　歳） |
| ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 | 電話番号  　　　　　　－　　　　　　－ |
| 同伴者の方の住所・氏名・患者さんとの続柄及び連絡先  （同伴者がいない場合、記載は不要） | 〒  住　所 | |
| ふりがな  氏　名 | 患者さんとの続柄 |
| 電話番号  　　　　　　　　　　－　　　　　　　－ | |
| 病名 | （悪性腫瘍、原発不明がん等）  ※複数（多重がん）可 | |

※　本申込書に記入された個人情報については、新潟大学医歯学総合病院がん遺伝子外来に関すること以外には、使用いたしません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 以下、病院使用欄（記入しないでください。） | | | |
| 受付年月日 | 20　　年　　　月　　　日 | 受付者 |  |
| 患者ID |  | | |
| 自由記載欄 |  | | |