遺伝学的検査依頼書

　　年 　　月　 　日

国立大学法人滋賀医科大学長　殿

（依頼者）

住　所：〒

施設名：

所　属：

氏　名：

（押印不要）

「遺伝学的検査」の依頼について

☐LQTS遺伝学的検査

☐HCM 遺伝学的検査

☐その他の遺伝学的検査：該当する疾患〔　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

　標記の件について、別添「実施要領」に同意のうえ、依頼します。

|  |
| --- |
| 請求書送付先（依頼者と異なる場合は記載 ※患者さんなど）  住所：  氏名： |

－ご注意－初めて検査を依頼される場合

・ご施設の規程により契約が必要となる場合がございます。

・検査の特性上、ご依頼から検査料請求まで4ヶ月程度の期間を要します。

以上の点につきまして、事前に貴施設会計担当者様にご相談くださいますようお願い申し上げます。

【契約・請求についてのお問合せ先】

mail：[hqsangaku@belle.shiga-med.ac.jp（滋賀医科大学](mailto:hqsangaku@belle.shiga-med.ac.jp（滋賀医科大学)研究推進課）