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：〒　　　　－

機関名：

所　属：

氏　名：　　　　　　　　　　　　　（押印不要）

連絡先：　　　　　　－　　　　　－

|  |  |
| --- | --- |
| **検査**  **種別**  **（必須）** | ☐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〔　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
|  | □依頼者に同じ |
| **請求書**  **送付先**  **・宛名**  **（必須）** | □依頼者以外へ送付　※下記に送付先をご記入ください。  住　　所：〒 　　－    機 関 名：  所　 属：  氏　 名：  連 絡 先：　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　－  原則機関名を宛名にして請求書を発行させていただきますが、請求書の宛名にご指定がある場合は下線部分にご記載ください。  請求書宛名： |

標記の件について、別添「実施要領」に同意のうえ、下記のとおり依頼します。

－ご注意－初めて検査を依頼される場合

・貴機関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、事前に貴機関会計担当部署へご相談くださいますようお願い

申し上げます。