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。