

## ゲノム疾患・遺伝子診療センター受診 -事前確認書-

|               |  |
|---------------|--|
| フリガナ          |  |
| 氏名            |  |
| 生年月日          | 大正・昭和・平成・令和          年          月          日                                 |
| 住所            | 〒          -   |
| 電話番号          | —                                  —<br>—                                  — |
| 岐阜大学病院の受診歴の有無 | 有（診察券番号：                                  ）・ 無                               |
| 相談の内容         |  |

1) 本紙、110円切手を貼付し宛名を記載した返信用封筒、参考資料などを封書に入れて、下記の宛て先まで郵送してください。

〒501-1194 岐阜市柳戸1番1  
岐阜大学医学部附属病院 ゲノム疾患・遺伝子診療センター

2) 本紙をこちらで確認し、ご相談が本院で対応可能かどうか判断させていただきます。対応が難しい場合は恐れ入りますが、受診をお断りする場合がございます。あらかじめご了承ください。