

マイクロアレイ血液検査申込書

神戸低侵襲がん医療センター 検診センター 宛

FAXの場合 078-304-7782 (番号はおかけ間違いのないようご注意ください。)

郵送の場合 〒650-0046 神戸市中央区港島中町8-5-1

申込用紙をご記入の上、上記番号までFAXをお送りいただくか、郵送にてお送りください。

お申込み検査	マイクロアレイ血液検査		
ご希望日	年	月	日
お申込みの際はお日にちに2週間以上の余裕をもってお申込みください。			

フリガナ		性別	生年月日	年齢(満)
氏名	様		西暦	
ご住所	〒			
第1連絡先電話番号	日中(平日8:30-16:30)連絡可能な番号をご記入下さい			ご本人・ご本人以外()
第2連絡先電話番号				ご本人・ご本人以外()
E-mail				
受診歴	<input type="checkbox"/> 初めて	<input type="checkbox"/> 受診歴有	受診番号	

- ・お申し込みの際はこちらのお申込書をご記入の上、上記FAXへお送りいただくか、郵送にてお送りください。
- ・専用の検査キットの発注等があるため、お申し込みの際はお日にちに2週間以上の余裕をもってお申込みください。
- ・必ず事前にご予約が必要となります。当日急遽ご来院されても検査はお受けできません。
- ・こちらの検査は結果が出るのに、1か月以上お時間がかかる場合がございます。予め、ご了承ください。
- ・そのほか何かご質問等ございましたら、078-304-5480 までご連絡ください。