

氏名	ふりがな		患者との関係	本人 家族 ( )
患者氏名	ふりがな		生年月日	西暦 年 月 日
受診歴	あり	→	( ) (主治医： )	
			ID	
	なし			
連絡先電話番号	携帯 自宅	-	-	
備考				
相談内容				

お申し込みは、予約申込書を記入し「郵送」または「FAX」にてお願いいたします。

郵送申込の場合は、下記住所までご送付ください。

FAX申込の場合は、092-642-6926までご送付ください。

申込書到着後、面談日時についてご連絡差し上げます。

〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1 九州大学病院 臨床遺伝医療部

FAX: 092-642-6926 TEL: 092-642-5057 (電話対応可能日時: 平日 9:00-17:00)

※FAXは24時間受け付けております。