

島根大学付属病院 FAX診療申込書 (NIPT検査)

FAX番号 0853-20-2063

このFAX診療申込書により受付けます (電話での申込みは受付していません)

下記の項目は、必ずご記入ください

- ご施設名 病院・医院
- 診療科
- 主訴又は傷病名 (適応をご記入ください)

- 患者氏名
- 生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)
- TEL :
- 携帯 :