

年 月 日

プレママクリニック 御中

同 意 書

検 査 名 新型出生前診断

検査予定日 年 月 日

申込者氏名	
住所	〒
生年月日	年 月 日（満 歳）
電話番号	自宅 携帯電話

私は、申込者が貴院で上記の検査を受けることに同意いたします。

親権者又は配偶者氏名 ⑩

続 柄

住 所 〒

電話番号 自宅 携帯電話

※親権者又は配偶者の方が全てご記入下さい。