

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 _____ (印)

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。