

# 原発性免疫不全症・ライソゾーム病・脊髄性筋萎縮症 追加検査申込書(兼同意書)

あて先

一般社団法人 北海道希少疾病早期診断ネットワーク

「原発性免疫不全症等の追加検査のお知らせ」等を読み、医療機関から説明を受け、検査内容を了解しましたので検査を申し込みます。

記入年月日	20 年 月 日
(フリガナ) 保護者署名	(続柄: )
(フリガナ) 母の氏名 (上記署名と異なる 場合のみ記載)	
赤ちゃんの 生年月日	20 年 月 日
連絡先	■住所 〒 -
	■電話番号 ( ) -
医療機関名	

## ●検査を終えた検体を他の研究等への利用について

検査終了後、(一財)北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで保管している血液検体を、検査方法の改良や他の病気の検査法の開発などの検討に用いることを…

 了承します 了承しません

※個人情報の保護には十分配慮し管理しています。

※上記の項目に了承いただけなかった場合でも、不利益を被ることはありません。

# 原発性免疫不全症・ライソゾーム病・脊髄性筋萎縮症 追加検査申込書(兼同意書)

あて先

一般社団法人 北海道希少疾病早期診断ネットワーク

「原発性免疫不全症等の追加検査のお知らせ」等を読み、医療機関から説明を受け、検査内容を了解しましたので検査を申し込みます。

記入年月日	20 年 月 日
(フリガナ) 保護者署名	(続柄: )
(フリガナ) 母の氏名 (上記署名と異なる 場合のみ記載)	
赤ちゃんの 生年月日	20 年 月 日
連絡先	■住所 〒 -
	■電話番号 ( ) -
医療機関名	

## ●検査を終えた検体を他の研究等への利用について

検査終了後、(一財)北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで保管している血液検体を、検査方法の改良や他の病気の検査法の開発などの検討に用いることを…

 了承します 了承しません

※個人情報の保護には十分配慮し管理しています。

※上記の項目に了承いただけなかった場合でも、不利益を被ることはありません。

# 原発性免疫不全症・ライソゾーム病・脊髄性筋萎縮症 追加検査申込書(兼同意書)

あて先

一般社団法人 北海道希少疾病早期診断ネットワーク

「原発性免疫不全症等の追加検査のお知らせ」等を読み、医療機関から説明を受け、検査内容を了解しましたので検査を申し込みます。

記入年月日	20	年	月	日
(フリガナ) 保護者署名	----- (続柄: )			
(フリガナ) 母の氏名 (上記署名と異なる 場合のみ記載)	-----			
赤ちゃんの 生年月日	20	年	月	日
連絡先	■住所	〒	-----	
	■電話番号	(	)	-----
医療機関名	-----			

## ●検査を終えた検体を他の研究等への利用について

検査終了後、(一財)北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで保管している血液検体を、検査方法の改良や他の病気の検査法の開発などの検討に用いることを…

 了承します 了承しません

※個人情報の保護には十分配慮し管理しています。

※上記の項目に了承いただけなかった場合でも、不利益を被ることはありません。