同 意 書

医療法人社団寿修会
芥川バースクリニック　院長　殿

私は、NIPT（非侵襲性出生前遺伝学的検査）に関する事項について十分な説明を受け理解しましたので検査を受けることを希望いたします。

・この同意書は検査を行う際に必要となります。
・提出がない場合は受けていただくことができないためご注意ください。
・個人情報は厳重に管理されます。検査に関するデータは、個人情報を含まない形で出生前検査承認制度等運営委員会に定期的に報告されます。

年　　月　　日

妊婦本人署名：　　印

住所：

配偶者（もしくはパートナー）署名：　　印

住所（同上でも可）：

〒215-0021
神奈川県川崎市麻生区上麻生 5-47-1
TEL：044-989-3300
認証医療機関：芥川バースクリニック
院長：芥川　修
（日本産科婦人科遺伝診療学会認定医）


AKUTAGAWA
birth clinic