報告申請同意書

病患 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 於 年 月 日至臺北榮民總醫院檢查確診為\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，目前因需要而申請基因檢驗報告，由法定代理人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_協助向臺北榮民總醫院遺傳諮詢中心申請基因檢驗報告，此報告僅供參考，本報告未經本單位書面同意，不可自行複製。

以下由申請人填寫

立同意書人(簽名): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身分證字號: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申請報告用途原因: \_

連絡電話:

日期:

請傳真回臺北榮民總醫院遺傳諮詢中心

傳真號碼: 02-28767181

聯絡電話:02-28712121#1020(上班時間週一到週五 08:30到17:30)

聯絡窗口:王個管師/鄭遺傳諮詢師