**がん・生殖医療相談申込書**

# 令和 年 月 日

熊本大学病院　がん相談支援センター　宛

医療機関：

担当者：

電話番号：

FAX 番号：

所在地：

# 相談希望者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ 患者氏名 |  | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年 月 日 （ 歳） | | |
| 住 所 | 〒  電話番号 | | |
| 現在の状況 | （ 入院中 ・ 通院中 ） 診療科：  主治医： | | |
| 受診希望日 | 第1希望 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 第2希望 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 第3希望 | 年　　　　月　　　　日 | |

※事前に患者さん（相談希望者）の情報を登録しますので、太枠内の情報は正確にご記入ください。

※相談料金は、30 分までを 9,120 円（税込）とし、以降延長 30 分ごとに 9,120 円（税込） が加算された金額になります。