NIPT 検査の同意書

NIPT 検査を受けるにあたり、検査の⽬的や注意事項について説明を受け理解しましたので

検査を受けることに同意します。

⻄暦 20 年 ⽉ ⽇

妊婦⽒名 (⾃筆署名)

⽣年⽉⽇ ⻄暦 年 ⽉ ⽇

パートナー(または配偶者) (⾃筆署名)

⽣年⽉⽇ ⻄暦 年 ⽉ ⽇

医療法人栄恵会　白子ウィメンズホスピタル