

NIPT 検査についての同意書

医療法人社団喜咲会ローズマタニティクリニック 院長 前 和幸 殿

NIPT に関する遺伝カウンセリングの実施、検査結果に関するデータは個人情報を含まない形で出生前検査認証制度等運営委員会に定期的に報告されることを承知しました。
別紙の NIPT 検査の説明を理解した上で、NIPT 検査を受けることに同意します。

年 月 日

署名欄

本人氏名(署名)

夫 (partner) 氏名(署名)