

NIPT 検査の同意書

私達は 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。

西暦 20 年 月 日

妊婦氏名 (自筆署名) _____

生年月日 西暦 年 月 日

パートナー(または配偶者) (自筆署名) _____

生年月日 西暦 年 月 日

錦糸町駅前レディースクリニック