

## 香川大学医学部附属病院遺伝子相談外来 承諾書

私 (患者様氏名) は、本承諾書を持参  
した (申請者様) に対して、貴院担当医  
師が私の遺伝子相談を行い、情報提供をすることを承諾いたします。

令和 年 月 日

(患者様氏名) 印

(注) 患者様に先天性疾患等があり、意思表示ができない場合は、本承諾書は必要  
ありません。