

平成 年 月 日

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科長 殿

所属機関

主治医氏名

印

住所

連絡先電話番号

遺伝子解析検査依頼書

下記患者に係る先天性QT延長症候群（1型・2型・3型）の遺伝子解析検査を依頼します。

記

患者氏名

性 別

男 女

生年月日

年 月 日