

NIPT 検査の同意書

私は 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

右下 QR コードより説明動画を視聴しました。

妊婦氏名 (自筆署名 漢字)

(ローマ字)

生年月日

西暦

年

月

日

右下 QR コードより説明動画を視聴しました。

パートナー (または配偶者) (自筆署名)

生年月日

西暦

年

月

日

なないろレディースクリニック

