

コンサルテーション依頼用紙

JBTRC No.

受付年月日： 年 月 日

依賴者

氏名：

所属：

住所：〒

連絡先 TEL:

FAX:

E-mail:

症例

年齡： 歲 月， 性： ☐男， ☐女

検体採取日： 年 月 日

臨床的診斷：

臨床経過の概要：

画像所見：

治療内容：

腫瘍の肉眼的所見：

依頼施設における病理診断：

依頼理由： ☐ 診断確定 ☐ セカンドオピニオンが欲しい

☐ 必要があれば遺伝子解析を希望する（＊別途費用がかかります）

☐ その他 ()

コンサルテーション料金の請求先（注）

請求先名義：

住所：〒

電話：

E-mail：

注： コンサルテーション料金について

NPO法人日本脳腫瘍リファレンスセンターは、法人としての財政基盤を確立する必要から、コンサルテーションを有料化することを検討してきました。理事会および総会に審議の上、有料化が承認されましたので、2007年9月よりコンサルテーションを有料とさせていただきます。これは主に標本作製の費用に充当する資金となります。ご理解の上、ご協力のほどお願い申し上げます。

料金は、当分の間、コンサルテーション1件につき、¥5,000とします。ただし、遺伝子解析を実施する場合は別途費用がかかりますことをご了承ください。遺伝子解析の費用についてはお問い合わせください。

報告書を送付する際に請求書を同封いたしますので、日本脳腫瘍リファレンスセンターの銀行口座への送金をお願いいたします。