遺伝カウンセリング　お問い合わせフォーム

お名前(ふりがな)：　　　　　　　　　　　　　　( )

生年月日： 年　　　　　　　月　　　　　　日　 　(現在 　　歳)

兵庫医大の受診既往：　有　（診察券番号：　　　　　 　）　・　　無

メールアドレス：

【お問い合わせ内容】

兵庫医科大学病院　遺伝子医療部

FAX:0798-45-6347