



## コンサルテーション依頼用紙

JBTRC No.

受付年月日： 年 月 日

<p><u>依頼者</u></p> <p>氏名： 所属： 住所：〒 連絡先 TEL： FAX： E-mail：</p>
<p><u>症例</u></p> <p>年齢： 歳 月， 性： <input type="checkbox"/>男， <input type="checkbox"/>女 生検（剖検）日： 年 月 日</p>
<p>臨床的診断： 臨床経過の概要： 画像所見： 治療内容：</p>
<p>腫瘍の肉眼的所見： 依頼施設における病理診断：</p>
<p>依頼理由：<input type="checkbox"/>診断確定， <input type="checkbox"/>セカンドオピニオンが欲しい， <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>

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。

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。