**兵庫県立尼崎総合医療センター遺伝診療センター**

**NIPT外来施設登録申請書**

兵庫県立尼崎総合医療センター 病院長 殿

兵庫県立尼崎総合医療センター遺伝診療センターNIPT外来の施設登録を希望します。

**施設名**

**施設責任者**

**所在地**

**電話番号**

**FAX番号**

**Eメールアドレス**　　　　　　　　　　＠

　　　　年　　　　月　　　　日

申請者（医師）