

검사의뢰서 3B-VARIANT

SAMPLE

연구자용

검사 대상자

환자 정보	Unique ID	성별	생년월일	인종	 VPE25-XXXX
	<Unique ID>	남성	1990-10-10	East Asian	
환자 가족 검사	환자와의 가족 관계	3billion ID (가족)			
	딸	EPA25-XXXX			

변이 정보

Primary Finding	Gene	Nomenclature
	EYS	NM_001292009.1:c.525_527del(NP_001278938.1:p.Glu176del)
Secondary Finding	Gene	Nomenclature
	KMT2C	NM_001292009.1:c.525_527del(NP_001278938.1:p.Glu176del)

샘플 정보

환자	샘플종류	샘플 채취 날짜
	Buccal Swab	2025-01-01

의뢰의사 정보

의사	이름	분과	연락처	이메일
	<의사 이름>	Pediatrics	<연락처>	<이메일 주소>
의뢰기관	기관 이름	주소		
	<기관 이름>	<기관 주소>		
주문 공유자	공유자	이메일	공유자	이메일
	<공유자 이름>	<공유자 이메일 주소>	<공유자 이름>	<공유자 이메일 주소>

! 주문 확인 사항

- 이 정보는 임상 진단 목적의 진단 검사를 제공하는 검사실에서 필수로 관리해야 하는 정보이며, 미기입 시 검사 진행이 되지 않을 수 있습니다.
- 본 의뢰서에 의뢰 의사의 성명, 서명과 의뢰 날짜를 기입하여 주십시오.
- 생命윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 제 51조 1항에 따라, 검사 의뢰 시 검사 대상자의 유전자 검사 동의서 (생命윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 별지 52호 서식) 사본을 의뢰서와 함께 동봉하여 보내 주십시오.
- 생命윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 제 53조 3항과 쓰리빌리언의 운영지침을 준수하기 위하여, 의뢰된 검사대상자들은 최대 6개월 보관 후 별도의 통보 없이 폐기합니다.

생命 윤리 및 안전에 관한 법률 제 50조 제 3항에 따라 위와 같이 유전자 검사를 의뢰합니다.

의뢰날짜

YYYY / MM / DD

성명

의료진

서명

