



# Paternity Testing Corporation



## 出生前 DNA 鑑定申し込み

PTC ケース番号：

※読める字で丁寧に記入してください※

母親の氏名： \_\_\_\_\_ ローマ字： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_ 郵便番号： \_\_\_\_\_

連絡先：( ) \_\_\_\_\_ 生年月日（西暦）： \_\_\_\_\_

人種：白人・黒人・ヒスパニック・アジア人・その他 ( ) 妊娠週数 ( ) 週目

90 日間以内に骨髄移植もしくは輸血を受けましたか？（丸で囲ってください） はい ・ いいえ  
→はい、と答えた方は裏面に詳細を記入して下さい。

私は私のDNA検体の血液を実父確定検査の為に提供し、そして上記の個人情報が確かなものであることを認めます。私は私の検体であると表記された採取物が確かに私から採取されたDNA検体であることを目撃しました。

母親のサイン： \_\_\_\_\_ 検体採取日付： \_\_\_\_\_

父親と思われる男性の氏名： \_\_\_\_\_

ローマ字： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_ 郵便番号： \_\_\_\_\_

連絡先：( ) \_\_\_\_\_ 生年月日（西暦）： \_\_\_\_\_

人種：白人・黒人・ヒスパニック・アジア人・その他 ( )

90 日間以内に骨髄移植もしくは輸血を受けましたか？（丸で囲ってください） はい ・ いいえ  
→はい、と答えた方は裏面に詳細を記入して下さい。

私は私のDNA検体の血液を実父確定検査の為に提供し、そして上記の個人情報が確かなものであることを認めます。私は私の検体であると表記された採取物が確かに私から採取されたDNAサンプルであることを目撃しました。

父親のサイン： \_\_\_\_\_ 検体採取日付： \_\_\_\_\_

検査過程の管理保証：私は下記の日時にこの用紙に表示されている人物からDNA検体の血液を採取し、名前を付け、包装・密封を定められた手順に沿って行ったことをここによって保証します。

採血日時：平成 年 月 日

医療機関名：

所在地：

検体採取者：