“免费筛查301种地中海贫血基因”申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人（受检者）姓名** |  | **性别** | |  | **年龄** |  |
| **身份证号** |  | | | | | |
| **联系电话** |  | | | **邮箱** |  | |
| **户籍地址** | **省 市/ 街镇** | | | | | |
| **现居住地址** |  | | | | | |
| **参与过哪些地贫筛查项目（多选）** | | | |  | | |
| **A:血常规检查 B:血红蛋白电泳分析 C:一般地贫基因筛查 D:无** | | | | | | |
| **是否低收入、低保家庭** | | | **🗆是 🗆否** | | | |
| **其他需说明情况（家族地贫史等）** |  | | | | | |
| **申请人签名:**  **申请日期： 年 月 日** | | | | | | |

注意事项：申请者需附上患者《地贫确诊报告》或《输血证明》（复印件）；

本次检测仅支持唾液采样，特殊情况请联系工作人员；

采样器将寄送到“现居住地址”，因此需详细填写；

基因检测结果将以电子报告形式发送至以上邮箱。

亲属关系承诺书

本人（受检者）  , 性别 ,身份证号 , 与（患者姓名） ，性别 ，身份证号 ，为以下关系： 🗆a.直系血亲关系,包括祖父母、外祖父母、父母、子女、孙子女、外孙子女；🗆b.三代以内旁系血亲关系，包括伯叔姑舅姨、兄弟姐妹、堂兄弟姐妹、表兄弟姐妹、侄子女、甥子女。

本人承诺：上述内容均属实，如有虚假，本人愿承担相应责任和由此造成的经济损失。

                                                     承诺人（受检者）：

日期： 年 月 日