

# 慧智基因股份有限公司

## 送檢個人資料更正/補充申請書

申請人\_\_\_\_\_ (身分證字號：\_\_\_\_\_ ) 為  
受檢者  同上 \_\_\_\_\_ (身分證字號： 同上 \_\_\_\_\_ ) 之  
 本人  法定代理人，現申請更正或補充原提供**慧智基因**之送檢資訊。

因應**個人資料保護法**規定，為維護雙方權益，敬請提供受檢者之正確基本資料。如提供資料有誤，致**慧智基因**無法送達受檢者或誤寄送他人，概由申請人自行負責，並同意不向**慧智基因**及其關係人追訴或求償。如有冒用他人名義者，由其負擔法律責任。

### 受檢項目確認

報告編號：\_\_\_\_\_，或勾選下列檢測項目：

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 慧智帶因篩檢 v_____        | <input type="checkbox"/> 慧智新生兒基因篩檢 v_____    |
| <input type="checkbox"/> 脊髓性肌肉萎縮症基因檢測-SMN 基因  | <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎過敏基因檢測-FLG 基因 |
| <input type="checkbox"/> X 染色體脆折症基因檢測-FMR1 基因 | <input type="checkbox"/> 慧智癌監控基因檢測 v_____    |
| <input type="checkbox"/> 海洋性貧血基因檢測-HBA、HBB 基因 | <input type="checkbox"/> 慧智癌篩檢基因檢測 v_____    |
| <input type="checkbox"/> 慧智非侵產前染色體篩檢 v_____   | <input type="checkbox"/> 慧智癌風險基因檢測 v_____    |
| <input type="checkbox"/> 慧智全方位複合式晶片檢測 v_____  | <input type="checkbox"/> 慧智單基因檢測             |
| <input type="checkbox"/> 產前細胞染色體檢查            | <input type="checkbox"/> 其他：_____            |

請勾選欲更正或補充之受檢者個人資料，並填上正確資訊，謝謝。

<input type="checkbox"/> 姓名：	<input type="checkbox"/> 出生日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
<input type="checkbox"/> 身分證字號：	<input type="checkbox"/> 行動電話：	
<input type="checkbox"/> 懷孕週數：	<input type="checkbox"/> 預產期：	<input type="checkbox"/> 癌別：
<input type="checkbox"/> 報告寄送地址：		
<input type="checkbox"/> 其他：		

此致

慧智基因股份有限公司

申請人簽章：\_\_\_\_\_

電 話：\_\_\_\_\_

西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

填妥後，請傳真至 02-2382-6610，或 Mail 至 info@sofiva.com.tw，我們將儘速為您服務。