

④

トルカフ° F-One ｺﾝﾊﾟﾆｵﾝ診断 病理検体 送付書

病 院 名 : _____

患者氏名 : _____

年 齢 : _____ 歳 性別 : 男 ・ 女

■ 提出する標本番号(標本番号一枝番) ※検体取り違い防止のため、必ずご記入ください。

☐ 患者持参 (患者さんに手渡しの場合、こちらのチェックボックスにチェックをお願いします)

☐ 送 付 (郵送または宅急便の場合は、こちらにチェックしてください)

送 付 日 : _____ 年 月 日

送付担当者 : _____

※ この用紙に必要事項を記入し、

病理検体、病理診断書コピー1通、切り出し図コピー1部 を同封の上、送付ください。

(または患者さんへお渡しください。)

記載不要

トルカフ° F-One ｺﾝﾊﾟﾆｵﾝ診断 病理検体 受領書

(以下は当院にて記載します)

先生御机下

上記検体を受領致しました。

受 領 日 : _____ 年 月 日

受 領 者 : _____

(送付先) 〒040-8611
函館市五稜郭町38番3号
函館五稜郭病院 がんゲノム