

検体送付・受領書

(原則としてブロックでの貸し出しにご協力をお願いします)

- ・ 病院名 : _____
- ・ 患者氏名 : _____ ・ 生年月日 : _____ ・ 性別 : _____

※ (必須) 貸出ブロック番号 (標本番号 - 枝番)

- ・ 送付日 : _____
- ・ 送付者 : _____

未染標本送付の場合

- ・ (必須) 作製日 : _____
- ・ (必須) 作製者 : _____
- ・ (必須) 所属・ご連絡先 : _____ ・ 内線番号 : _____

(標本作製につきまして当院担当者よりご連絡をさせていただく際のご連絡先をご記入下さい)

※ この用紙に必要事項を記入し、病理検体、病理報告書コピー1部、切り出し図コピー1部、検体送付時チェック表 を同封の上、送付願います。

病院 先生机下

上記検体を受領致しました。

- ・ 受領日 : _____ ・ 受領者 : _____

病理検体および必要書類送付先

〒041-8680 函館市港町1丁目10番1号

市立函館病院 がん相談支援センター 新井山

電話 0138-43-2000 FAX 0120-503-620

市立函館病院 がんゲノム医療診断部