

病理検体の提供を求めるための申請書

羽生総合病院 病院長 松本裕史殿

私はこのたび(セカンドオピニオン / コンサルテーション / その他)のため、
(年 月 日)に摘出あるいは採取した
病理検体(病理臓器 / ブロック / 特殊染色標本 / 免疫染色標本 / 細胞診標本)
の提供を希望いたします。

- ・ 提供された検体は(3カ月 / 半年 /)以内に返却いたします。
- ・ 返却いたしません。
(羽生病院にて保管・診断に関しての一切の責任が負えなくなることを理解いたします。)

年 月 日

患者氏名: ID: 受診科:

患者住所:

患者電話番号:

患者本人が署名不可、理解不可の場合には代理人がご署名ください。

代理人氏名: 続柄:

代理人住所:

代理人電話番号:

羽生総合病院担当医名:

提供先施設名:

提供先施設担当医名:

羽生総合病院記載欄

院長による承諾 確認者サイン _____

羽生総合病院 〒348-8505 埼玉県羽生市下岩瀬 446 番地
048(562)3000(代表電話)