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)　048(563)2170(代表 FAX)