

病理切片/蠟塊借閱申請單暨受檢者委託同意書

茲因醫療上之需要，向 貴院借閱(取)於

民國_____年_____月間在 安捷診所附設病理中心接受檢查之：

☐組織病理玻片 ☐細胞病理玻片 ☐組織蠟塊 ☐組織空白切片(____片)

受檢者姓名：_____

身分證字號：_____

病歷號碼：_____

病理編號：_____

懇請惠予協助，謝謝！

病人或代理人：_____（簽名）

（代理人與病人之關係：_____）

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

此致_____醫院（病理科）

***借閱(取)目的：**

☐覆閱 ☐基因檢測 ☐其他染色檢驗 ☐其他：_____

***寄送地址：**

***聯絡人：**