

パラフィンブロック譲渡依頼書

令和 年 月 日

国立大学法人 大阪大学歯学部附属病院長 殿

私は、次の患者の今後の診療の為にパラフィンブロックの譲渡を希望します。
譲渡されたブロックは当方が責任を持って管理・廃棄します。

依頼施設名：

患者氏名：

依頼者氏名・捺印：

病理検査番号（歯病記入）	
--------------	--