

病理組織検査依頼書

令和 年 月 日

国立大学法人

大阪大学歯学部附属病院長 殿

依頼者 :

住所 :

名称 :

連絡先 (担当) :

下記のとおり病理組織検査を依頼いたします。

記

病理組織検査料

区分	単価 (税込)	件数	金額
病理組織検査料	9,460円	件	円

HE標本の返付希望の場合は <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

受託者 (大阪大学) 記入欄	
検査部	印

病理検査依頼書 (大阪大学歯学部附属病院)

病理検査番号 (歯病記入)		受付日 (歯病)	
依頼医療施設名			
依頼者氏名		電話番号	
診断書送付先住所			

フリガナ			
患者氏名		性別	
生年月日		年齢	

既往歴・現病歴・臨床所見・画像所見など
