



合肥华澳临床医学检验所
检验申请单

Nº 1500001

送检单位 _____

姓名 _____ 年龄 _____ 性别 _____ 门诊号 _____

科别 _____ 病区 _____ 床号 _____ 病案号 _____

临床诊断 _____

检验材料 _____

检验目的 _____

检验日期 _____ 送检者 _____ 报告日期 _____ 报告者 _____

(
请
勿
写
过
此
格
)