

一式兩份

馬偕紀念醫院

病理科顯微照相申請單【發表論文用】

申請醫師：請填寫黑框處

病人姓名：	病歷號碼：	
	病理編號：	
申請醫師：	科別：	申請日期：
申請醫師 PHS：	<input type="checkbox"/> e-mail： <input type="checkbox"/> 光碟 (CD)	
照相目的： 發表論文用(需先與病理科主治醫師聯絡，經該醫師同意，始得提出照相申請)。 <b>【共同發表論文不需繳費】</b>		
以下病理科填寫		
<input type="checkbox"/> 病理科主治醫師同意簽章： 簽章日期：		
<input type="checkbox"/> 病理科總醫師簽章： 完成照相及寄回申請醫師時間：      年      月      日      時		
<input type="checkbox"/> 資料歸檔者： 歸檔時間：      年      月      日      時		

臨床醫師  
填申請單  
(2份)  
↓  
聯絡病理  
主治醫師  
↓  
病理科  
櫃檯  
↓  
調片  
↓  
總醫師先  
與 VS. 閱  
片簽章  
↓  
照相  
↓  
寄照片給  
申請醫師  
↓  
申請單交  
給櫃檯人  
員歸檔

※ 「顯微照相申請單」一式兩份，交給淡水院區病理科櫃檯，聯絡電話：(淡) 2482，范春美小姐。

※ 請於兩個禮拜前通知。(顯微照相需兩個禮拜工作天)

第一聯 病理科櫃檯存查

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-012-3-F 病理科顯微照相申請單 (發表論文用)	一般	2014.01.01	02	1 / 2

一式兩份

馬偕紀念醫院

病理科顯微照相申請單【發表論文用】

申請醫師：請填寫黑框處

病人姓名：	病歷號碼：	
	病理編號：	
申請醫師：	科別：	申請日期：
申請醫師 PHS：	<input type="checkbox"/> e-mail： <input type="checkbox"/> 光碟 (CD)	
照相目的： 發表論文用(需先與病理科主治醫師聯絡，經該醫師同意，始得提出照相申請)。 <b>【共同發表論文不需繳費】</b>		
以下病理科填寫		
<input type="checkbox"/> 病理科主治醫師同意簽章： 簽章日期：		
<input type="checkbox"/> 病理科總醫師簽章： 完成照相及寄回申請醫師時間：      年      月      日      時		
<input type="checkbox"/> 資料歸檔者： 歸檔時間：      年      月      日      時		

臨床醫師  
填申請單  
(2份)  
↓  
聯絡病理  
主治醫師  
↓  
病理科  
櫃檯  
↓  
調片  
↓  
總醫師先  
與 VS. 閱  
片簽章  
↓  
照相  
↓  
寄照片給  
申請醫師  
↓  
申請單交  
給櫃檯人  
員歸檔

※ 「顯微照相申請單」一式兩份，交給淡水院區病理科櫃檯，聯絡電話：(淡) 2482，范春美小姐。

※ 請於兩個禮拜前通知。(顯微照相需兩個禮拜工作天)

第二聯 主治醫師存查

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-012-3-F 病理科顯微照相申請單 (發表論文用)	一般	2014.01.01	02	2 / 2