

台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人

馬偕紀念醫院

MACKAY MEMORIAL HOSPITAL

(25160)新北市淡水區民生路 45 號

TEL: (02) 28094661#2482 FAX: 28093385

病理組織蠟塊切取 申請函

本人\_\_\_\_\_ 曾於民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月間於馬偕紀念醫院診療並存有病理組織蠟塊於貴院。因本人疾病治療之需求，必須切取病理組織蠟片（蠟卷）以備後續檢查之用途，敬請貴院病理科允予提供。謝謝！

身份證字號： \_\_\_\_\_

病歷號碼： \_\_\_\_\_

病理/細胞抹片編號： \_\_\_\_\_

本人（請帶身分證正本以供查驗）： \_\_\_\_\_

受委託人（請帶委託人與受委託人身分證正本以供查驗）： \_\_\_\_\_

與本人關係： \_\_\_\_\_

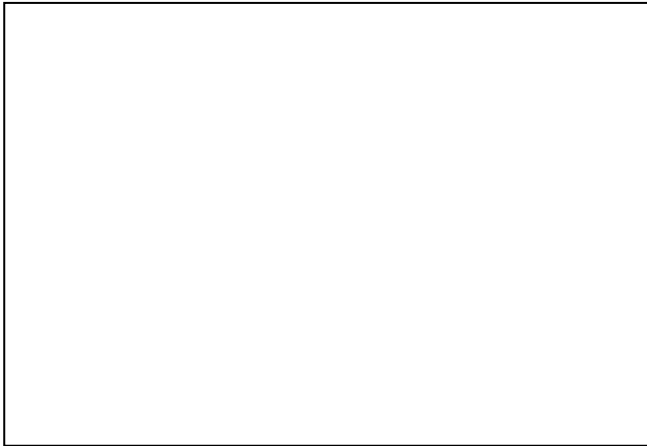
電話： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

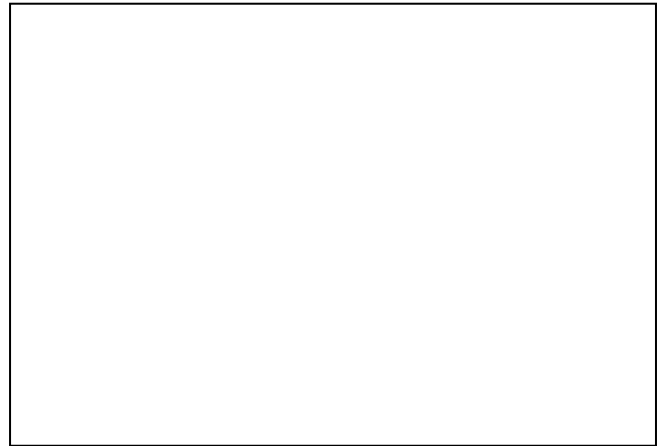
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-006-1-F 行政組病理組織蠟塊切取申請函	一般	2014.10.01	03	1 / 2

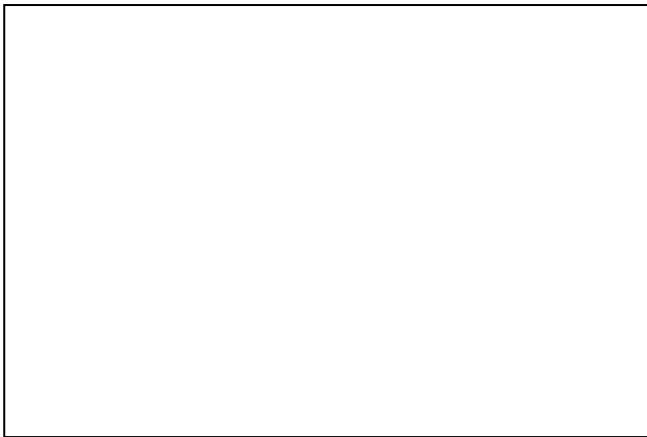
本人身分證正面



本人身分證背面



受委託人身分證正面



受委託人身分證背面



文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-006-1-F 行政組病理組織蠟塊切取申請函	一般	2014.10.01	03	2 / 2