病理組織剩餘檢體使用申請書

病人＿＿＿＿＿＿＿＿（姓名）病歷號＿＿＿＿＿＿＿＿ 病理編號號＿＿＿＿＿＿＿＿目

前於貴院接受＿＿＿＿＿＿＿＿醫師治療，因病情、療程所需，茲委由 ＿＿＿＿＿＿＿＿

公司懇向　貴院借閱病理檢查資料，感謝您撥冗協助。

此蠟塊借出貴院後，本人自行承擔所有後續相關問題，特以此書面聲明以示負責。

此致

台南新樓醫院

申請人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿＿＿

聯絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

與病人關係:□本人　□非本人，請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

中華民國　　年　　月　　日

以下由台南新樓醫院病理檢查室填寫：

准予借閱上述病人於　本院所做病理檢查之

□ 病理報告

□ 組織蠟塊

台南新樓醫院病理檢查室

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿醫師

70142 台南市東門路一段 57 號 6 樓病理檢查室

電話:06-2748316-6060

傳真:06-2355007

備註:

1. 「申請人」欄應由申請人親自簽具或用印;病人無法自行書寫但可表示意思者，得依民法第三條規定，以指印、十字或其他符號代簽名，但須在文件上另經二人簽名證明確實由本人以符號代簽。
2. 病人如未成年或無法表示意思者，得依醫療法第六十四條規定由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
3. 申請人非病人本人者，「與病人關係」欄應予填載與病人關係。

具領人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿＿＿

聯絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

公司地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

公司負責單位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

負責單位聯絡人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　聯絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿