

붙임 1		검체시험 의뢰서			
() 검체시험 의뢰서					
의뢰기관	① 의료기관명		② 담당의사명		
	③ 주소	(전화번호:) (Fax번호:)			
환자	④ 성명		⑤ 생년월일	⑥ 성별	
	⑦ 발병인		⑧ 검체채취인		
⑨ 검체명					
⑩ 시험항목					
⑪ 검체채취구분 (1차 또는 2차)			⑫ 시험성적서 소요부수	부	
담당의사소견서 담당의사: (서명 또는 인) 면허번호:					
「질병관리본부 시험의뢰규칙」 제4조에 따라 위와 같이 시험을 의뢰함과 동시에 시험성적서 발급을 신청합니다. 년 월 일 의뢰기관의 장 [인] 질병관리본부장 귀하					
구비서류 1. 검사대상물 2. 그 밖에 시험에 필요한 자료				수수료 별도 고시 참조	
기재상 주의사항 1. 의뢰인은 「의료법」에 따른 의료기관이어야 하며, 의료기관장의 직인을 날인합니다. 2. 의뢰기관의 전화번호는 견과회신이 가능한 번호로 기재하여 주시기 바랍니다.					

210mm × 297mm[신문용지 54g/m²(재활용품)]



