

セカンドオピニオン申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

依頼件数 _____ 件

病院名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

担当医 _____

診断料ご請求先名 _____

患者名 _____

男性・女性 _____

歳 _____

依頼事項

標本の返却 要 ・ 不要

※ 依頼書等の患者情報のコピーを同封してください。

<送り先> 札幌皮膚病理研究所

〒001-0018 札幌市北区北18条西3丁目2-21

TEL 011-756-4810 FAX 011-756-4842

E-mail office@sapporo-dermpath.com

Website www.sapporo-dermpath.com