

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 _____

連絡先 EMAIL _____

診断料ご請求先名 _____

ふりがな
患者名 _____

男・女 _____

歳・採取部位 _____

臨床病名 _____

依頼事項 _____

同封標本の枚数 HE 標本 _____ 枚・他の染色標本 _____ 枚・未染標本 _____ 枚

同封標本の合計 _____ 枚 標本の返却 要・不要 _____

臨床写真 無・有 _____ 枚 (返却 要・不要) _____

<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