



Innotech Laboratory Services Co., Ltd.  
284 Sirinthorn Rd, Bangplad, Bangkok 10700.  
Tel 02-881-0862 Fax 02-881-0863  
E-mail ; info@innotechlab.co.th

แบบฟอร์ม ขอรับ Slide/Block

Fm-PLO-01-00-03-02

ส่วนที่ 1 รายละเอียดการร้องขอ (สำหรับลูกค้า)

1.1 ข้อมูลการร้องขอ

ชื่อผู้ขอ \_\_\_\_\_ หน่วยงาน/โรงพยาบาล \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

ขอ  Slide  Paraffin Block ของผู้ป่วยชื่อ \_\_\_\_\_

H.N. \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี หมายเลข Surgical Number \_\_\_\_\_

เหตุผลที่ขอ  เพื่อนำไปประกอบการรักษา

อื่นๆ(กรุณาระบุ) \_\_\_\_\_

1.2 คำยินยอมของผู้ป่วย

ข้าพเจ้า(ผู้ป่วย) \_\_\_\_\_ ที่อยู่: \_\_\_\_\_

ในฐานะผู้ป่วย ยินยอมให้บริษัท อินโนเทค ลาบอราทอรี จำกัด นำส่ง Block/Slide ให้กับทางโรงพยาบาลที่ข้าพเจ้ามาทำการรักษาตัวได้

ลงชื่อผู้ป่วย (กรุณาเขียนตัวบรรจง) \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 2 รายละเอียดการส่งมอบ Slide/Block (สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท อินโนเทค ลาบอราทอรี เซอร์วิส จำกัด)

1. จำนวน Slide \_\_\_\_\_ Slide(s) ประกอบด้วย Slide No \_\_\_\_\_

2. จำนวน Block \_\_\_\_\_ Block(s) ประกอบด้วย Block No \_\_\_\_\_

ลงชื่อผู้ดำเนินการ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 3 รายละเอียดของผู้รับ (สำหรับลูกค้า)

ลงชื่อผู้รับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง) \_\_\_\_\_ แผนก \_\_\_\_\_

โรงพยาบาล \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

กรณารอกรายละเอียดในเอกสารนี้หลังจากได้รับ Slide/Block และส่งกลับ บริษัท อินโนเทค ลาบอราทอรี เซอร์วิส จำกัด  
โดยส่งผ่านพนักงานที่เข้าไปรับสิ่งส่งตรวจ หรือแนบมากับสิ่งส่งตรวจ