(　　) 시험의뢰서

의뢰기관	① 의료기관명			
	② 주　　소	(전화번호)		
환　　자	③ 성　　명		④ 생년월일/성별	
	⑤ 주　　소			
	⑥ 발 병 일		⑦ 검체채취일	
⑧ 검　　체　　명				
⑨ 시　험　항　목				
⑩ 검체채취구분(1차또는2차)				

담당의사소견서

담당의사 :　　(서명 또는 인)

년　　월　　일

의뢰기관의 장　　인

경기도보건환경연구원장　귀하

※ 제출자료

1. 검사대상 검체
2. 기타 시험에 필요한 자료

※ 기재상 주의사항

의뢰인(기관)은 의료법의 규정에 의한 의료기관이어야 하며 법인인 경우, 의료기관장의 직인을 날인합니다.