GC Labs

친자 확인 검사의뢰서

검체인수자	검체인계자
Slip 수:	Sample 수:

*기입은 반드시 주치의께서 해주시고 빠짐없이 기입하여 주십시오.

의뢰기관명		기 관 기 호		주 치 의		병 동	
주 치 의		검 체 종 류		의 뢰 일	년 월 일 AM, PM		
연 락 처	Tel: Fax:			채 취 일	년 월 일 AM, PM		

사 진	확 인	추 정 관 계
증명사진 첨부 3×4	위 사람이 (성명 : ㊞) (주민등록번호 : -) 임을 확인 후 채혈 및 검체를 의뢰합니다. 최근 3개월간 수혈 및 골수이식 여부 (유 무)	
증명사진 첨부 3×4	위 사람이 (성명 : ㊞) (주민등록번호 : -) 임을 확인 후 채혈 및 검체를 의뢰합니다. 최근 3개월간 수혈 및 골수이식 여부 (유 무)	
증명사진 첨부 3×4	위 사람이 (성명 : ㊞) (주민등록번호 : -) 임을 확인 후 채혈 및 검체를 의뢰합니다. 최근 3개월간 수혈 및 골수이식 여부 (유 무)	

＊검체 채취하는 모습을 찍은 사진은 뒷장에 첨부 바랍니다.

■ 검사의뢰목적(외국인 경우, 민족 정보 표시)

■ 검체 채취자 또는 증인

의 뢰 병 원 :
검 체 채 취 일 :
채 혈 자 (증 인) :
연 락 처 :

검체 채취 장소 :
검체 채취 시간 :
㊞

＊의뢰하실 때에는 □공란에 V 표시하여 주시고, 의뢰항목이 없을 때에는 기타 검사항목 란에 기입해 주십시오.

ISO양식번호 : GCQR-001-0017 Rev.(0) 2012. 7. 1

TEL:031-260-9600
FAX:031-260-9262
446-913 경기도 용인시 기흥구 보정동 314
검체검사기관번호 : 41303059 www.gclabs.co.kr