

(第 1 版)發行日期：110.08.16

KAOHSIUNG VETERANS GENERAL HOSPITAL



高雄榮民總醫院病理切片申請同意書 (PLM-QP-0701F05)

本人：_____ 病歷號：_____ 民國_____年_____月_____日

生，在本院接受手術及病理檢查，因個人需要，擬請本院病理部提供患者

該次手術之腫瘤組織切片(病理號：_____)。

切片費用批價代碼：46018B tumor recut(於健康促進門診)

聯絡醫師：_____

病人或代理人：_____ (簽名)

(代理人與病人之關係：_____)

中華民國_____年_____月_____日