平成　　年　　月　　日

受託検査依頼書

島根大学医学部附属病院　病院長　　殿

依頼者　　住　所

機関名

氏　名　　　　　　　 　印

(法人にあっては代表者)

島根大学医学部附属病院臨床検査受託規則及び所定の遵守事項を遵守の上、先天性代謝異常症検査を別紙のとおり依頼します。

なお、検査料金の納入後は、返還の申し出は行いません。

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

「受託検査承諾書」および「請求書」は上記依頼者宛にお送りします。異なる送付先を希望される場合には下記に記入下さい。

「受託承諾書」送付先

 住　　　　所　〒

 機関・部署名

 氏　　　　名

 連絡先（電話番号）

「請求書」送付先

 住　　　　所　〒

 機関・部署名

 氏　　　　名

 連絡先（電話番号）