

## 검체시험 의뢰서

(            ) 검체시험 의뢰서					
의뢰기관	① 의료기관명		② 담당의사명		
	③ 주 소	(전화번호:                      ) (Fax번호:                      )			
환자	④ 성 명		⑤ 생 년 월 일		⑥성별
	⑦ 발 병 일		⑧ 검체채취일		
⑨ 검 체 명					
⑩ 시 험 항 목					
⑪ 검 체 채 취 구 분 (1차 또는 2차)		⑫ 시험성적서 소요 부수		부	
<u>담당의사소견서</u>          <div style="text-align: right;">           담당의사 :                      (서명 또는 인)            면허번호 :                              </div>					
<p>「질병관리본부 시험의뢰규칙」 제4조에 따라 위와 같이 시험을 의뢰함과 동시에 시험성적서 발급을 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">년          월          일</p> <p style="text-align: right;">의뢰기관의 장         [인]</p> <p>질병관리본부장 귀하</p>					
구비서류 1. 검사대상물 2. 그 밖에 시험에 필요한 자료				수수료	
				별도 고시 참조	
<p>기재상 주의사항</p> <p>1. 의뢰인은 「의료법」에 따른 의료기관이어야 하며, 의료기관장의 직인을 날인합니다.          2. 의뢰기관의 전화번호는 결과회신이 가능한 번호로 기재하여 주시기 바랍니다.</p>					

210mm × 297mm[신문용지 54g/m<sup>2</sup>(재활용품)]