



บริษัท อุบลพยาธิแล็บ จำกัด

๖๓๗ หมู่ ๑๘ ถ.คลังอาวุธ ต.ขามใหญ่ อ. เมือง จ. อุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

โทร. (๐๔๕) ๓๑๗๒๙๘ , (๐๔๕) ๓๑๔๙๕๔ โทรสาร. (๐๔๕) ๓๑๗๒๙๘

แบบฟอร์มขอบล็อกและสไลด์

ชื่อผู้ป่วย H.N.

Surgical pathology number :

ชื่อผู้ขอ.....

หมายเลขบัตรประชาชนบัตรข้าราชการ.....

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ต้องการขอ บล็อกพาราฟิน (paraffin block) สไลด์(slide)

ต้องการส่งไปรักษาตัวต่อที่.....

ต้องการให้ส่งไปที่.....

ลงชื่อ..... ผู้ขอ

(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ได้ชำระค่าดำเนินการแล้ว..... บาท โดยชำระเป็น

เงินสด โอนเข้าบัญชี

** หมายเหตุ :- ชำระค่าส่งบล็อกและสไลด์โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารทหารไทยเลขที่ ๓๐๕-๒-๓๕๘๗๔-๘ สาขาอุบลราชธานี

- หลักฐานที่ต้องใช้ประกอบ ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย ชุด
- กรณีมิได้มาดำเนินการด้วยตนเอง ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย ใบมอบอำนาจ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนรับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ชุด