



**บริษัท อุบลพยาธิแลบ จำกัด**

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

โทร. (๐๔๕) ๓๑๗๒๙๘ , (๐๔๕) ๓๑๔๙๕๕ โทรสาร. (๐๔๕) ๓๑๗๒๙๘

**แบบฟอร์มขอปลีอกพยาธิและสไลด์**

โรงพยาบาล ..... ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....

ชื่อผู้ป่วย..... H.N. ....

Surgical pathology number .....

**ต้องการขอ**

๑. ปลีอกพยาธิ .....ที่ทำไว้ทั้งหมด .....เฉพาะส่วน .....

๒. สไลด์ .....ที่ทำไว้ทั้งหมด .....เฉพาะส่วน.....

เพื่อไปรักษาต่อที่.....

ต้องการให้ส่งไปที่.....

.....

ส่งพร้อมผลการตรวจวินิจฉัย\*

ส่งไปรษณีย์ EMS \*\*

ลงชื่อ..... ผู้ขอ \*\*\*

(.....)

\*\*\*ตำแหน่ง..... โทร.....

e-mail address.....

**หมายเหตุ**

\* ค่าดำเนินการ ๕๐ บาทต่อสไลด์ (จัดส่งฟรี) โดยแจ้งหนี้พร้อมค่าตรวจชิ้นเนื้อเป็นรายเดือน

\*\* ค่าดำเนินการ ๕๐ บาทต่อสไลด์ และค่าจัดส่ง ๑๐๐ บาท ต่อครั้ง โดยแจ้งหนี้พร้อมค่าตรวจชิ้นเนื้อเป็นรายเดือน

\*\*\* ชื่อผู้ขอ กรณีมิใช่แพทย์เจ้าของไข้ต้องเป็นผู้อำนวยการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการให้ดำเนินการแทน

ฝ่ายพยาธิวินิจฉัยและฐานข้อมูลโทร./ โทรสาร ๐๔๕-๓๑๗๒๙๘, ๐๙๕-๐๖๗-๘๖๒๖