別紙4　病理検体送付兼受領書

検体送付先

〒543-8555大阪市天王寺区筆ヶ崎町5-30

大阪赤十字病院　医療連携課　がんゲノム外来担当者

TEL ： 06-6774-5132 　　FAX ： 06-6774-5031

発送者

病院・部署名：

送付担当者：

TEL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

患者様

氏名：　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_　年齢：＿＿＿歳　　　性別：　□男性　　　□女性

病理関連提出物チェックリスト

□　病理検体情報書(本書)

□　FFPEブロック

□　病理検体情報書(本院ホームページからダウンロード)

□　病理診断報告書コピー