



แบบฟอร์มขอให้ส่งผลการตรวจทาง ☐ โทรสาร ☐ อีเมล ☐ ไปรษณีย์

ห้องปฏิบัติการเภสัชพันธุศาสตร์ ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โทร 02-2004331-2 , 02-2011380-90 แฟกซ์ 02-2004332

วันที่

ชื่อ-นามสกุลผู้ร้องขอ..... ผู้รับผิดชอบการขอให้ส่งใบรายงานผลทาง.....

ตำแหน่ง ☐ แพทย์ผู้ขอตรวจ ☐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ☐ แพทย์ผู้ดูแลรับผิดชอบสถานที่ขอตรวจ
☐ หัวหน้าหรือผู้อำนวยการห้องปฏิบัติการ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงาน/โรงพยาบาล..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ขอให้ ห้องปฏิบัติการเภสัชพันธุศาสตร์ ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ส่งมอบใบรายงาน
ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยต่อไปนี้

ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย..... อายุ.....ปี เพศ.....

รหัสประจำตัวผู้ป่วย (HN)..... การทดสอบที่ขอตรวจ.....

เหตุผลที่ขอให้ส่งมอบผล.....

โดยข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ระบุชื่อ-นามสกุล).....เป็นผู้รับมอบใบ
รายงานผล และได้ส่งสำเนาหลักฐานแสดงตนของผู้ที่จะรับมอบใบรายงานผล พร้อมทั้งลงนามรับรองสำเนาพร้อมแบบฟอร์มแล้ว

โดย หมายเลขโทรศัพท์ที่ขอให้จัดส่งใบรายงานผลไปให้คือ.....

อีเมล (E-mail) ที่ขอให้จัดส่งใบรายงานผลไปให้คือ.....

ที่อยู่ในการจัดส่งทางไปรษณีย์คือ.....

.....

ผู้รับผิดชอบการขอให้ส่งมอบใบรายงานผล

ลงชื่อ.....
(.....)

ความเห็นหัวหน้าห้องปฏิบัติการเภสัชพันธุศาสตร์ฯ

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(ศ.ดร.ภก.ชลภัทร สุขเกษม)