

ใบคำขอรับผลการทดสอบทางโทรสาร (FAX)

ห้องเจาะเลือดพิเศษชั้น 4 ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โทรศัพท์ 02-201 1421 , 02-201 2818 โทรสาร 02- 201 2669 , 02- 201 2472

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ร้องขอ

ชื่อ นามสกุล ผู้ร้องขอ.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

หมายเลขโทรสาร* (จำเป็น)

วัน เดือน ปี ที่ร้องขอ.....

เหตุผลที่ร้องขอ.....

ข้อมูลรายชื่อที่ต้องการผลการทดสอบทางโทรสาร

ลำดับ	ชื่อ นามสกุล	วันที่ส่งตรวจ	ชื่อการทดสอบ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

“ ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบต่อการรับผลทางโทรสารของผู้ป่วยทุกกรณี ”

ลงชื่อผู้ร้องขอ.....(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องเจาะเลือดพิเศษ

ชื่อ นามสกุล เจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

วันที่ส่งผลทางโทรสาร.....เวลา.....