



บริษัท เอส. บี. แล็บ จำกัด

248/74 ถ.มณีนพรัตน์ ต.ศรีภูมิ อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ 50200

โทรศัพท์ 053-287188, FAX 053-287190 เว็บไซต์ www.sb-patho.com

แบบฟอร์มขอบล็อก/สไลด์

โรงพยาบาล / หน่วยงาน .....

เจ้าหน้าที่ผู้ทำเรื่องขอ.....

โทรติดต่อกับ.....

วันที่ขอ.....

ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....

WARD.....

ต้องการขอ  สไลด์  พาราฟินบล็อก เพื่อ

ไปประกอบการรักษาพยาบาล

อื่น ๆ

(ระบุ).....

ชื่อผู้ป่วย.....

เลขที่สไลด์/พาราฟินบล็อก (Surgical Number)

เลขที่โรงพยาบาล(H.N).....

S.....

(ลงชื่อ).....

(แพทย์ )

(ลงชื่อ).....ผู้รับ

(.....) ชื่อตัวบรรจง

หมายเลขบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/ใบขับขี่.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ธุรการ เอส. บี. แล็บ

เจ้าหน้าที่รับเรื่อง.....วันที่รับ.....เวลา.....น.

เฉพาะเจ้าหน้าที่ เอส. บี. แล็บ

บล็อก

จำนวน.....บล็อก

ลงชื่อ.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

สไลด์

จำนวน.....สไลด์

ลงชื่อ.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.