

فرم ثبت مشخصات نمونه های ارجاعی به آزمایشگاه مرکزی کولایف

شماره صفحه: از

تاریخ ارسال: / /

ساعت ارسال: :

ردیف	شناسه	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	جنسیت	آزمایش های ارجاعی	نوع نمونه	توضیحات و اطلاعات بالینی	اورژانسی
۱									<input type="checkbox"/>
۲									<input type="checkbox"/>
۳									<input type="checkbox"/>
۴									<input type="checkbox"/>
۵									<input type="checkbox"/>
۶									<input type="checkbox"/>
۷									<input type="checkbox"/>
۸									<input type="checkbox"/>
۹									<input type="checkbox"/>
۱۰									<input type="checkbox"/>

مهر و امضاء آزمایشگاه ارجاع دهنده