



فرم ثبت مشخصات نمونه های **Fragment** ارجاعی به آزمایشگاه مرکزی کولایف

تاریخ ارسال:

ساعت ارسال:

نام نمونه	نام تست / نام کیت	طول قطعه	نوع ماتریکس / نوع رنگ های لیبل شده	توضیحات	اورژانس

نام آزمایشگاه ارجاع دهنده:

مهر آزمایشگاه:

شماره تماس: