

Chang-Gung Memorial Hospital

長庚紀念醫院 高雄分院 病理科

高雄縣烏松鄉大埤路 123 號

Tel: 07-7317123#2711

病理切片借閱申請書

本人_____（身份證字號_____ 民國____年____月____日生）

目前在長庚紀念醫院高雄分院接受診治，負責之主治醫師為_____醫師。

茲因醫療上之需要，委託長庚醫院病理科向 貴院借閱民國____年____月間在

貴院接受檢查之病理切片（病歷號碼：_____ 病理編號：_____），

懇請惠予協助，謝謝！

此致 _____ 醫院 病理科

病人或代理人：_____（簽名）

（代理人與病人之關係：_____）

中華民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日