

Chang Gung Memorial Hospital

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院

Tel: 07-7317123-2720

_____ 檢測同意書

患者_____ (病歷號_____ 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，擬請本院解剖病理科提供患者該次手術之腫瘤組織切片

(病理編號：_____)，以執行進一步之檢驗分析。

費用給付：由_____ 贊助

此致高雄長庚紀念醫院解剖病理科

病人或代理人：_____ (簽名)

(代理人與病人之關係：_____)

中華民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日