

# FAX 送信状

【内部用】FAX 受信後、下記の書面を病理検査室へ届けて下さい。

申込医療機関名 \_\_\_\_\_

申込者名 \_\_\_\_\_

計 \_\_\_\_\_ 枚

- FAX 送信状（本状） 1 枚
- 病理解剖に関する遺族の承諾書 1 枚
- 市立札幌病院 病理解剖申込書 1 枚
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 枚

## 【申込先】

市立札幌病院 病理診断科

TEL : 011-726-2211(代)

FAX : 011-726-9583

(地域連携センター)