FAX送信状

依頼者情報

**医療機関名**　：

**依頼者氏名**　：

主治医or代理臨床医が望ましい

病理解剖を依頼するに際し、下記に記す必要書類を提供致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 用紙名 | 枚数 |
| FAX送信状（本状） | 1 |
| 市立札幌病院用　病理解剖依頼書 | 1 |
| 病理解剖に関する遺族の承諾書 | 1 |
| 市立札幌病院宛　病理解剖費用　請求情報書 | 1 |
| その他（　） |  |
| その他（　） |  |

**計　　枚**

**申込連絡先　：　市立札幌病院　病理診断科**

TEL：011-726-2211（代表）

FAX：011-726-9583（地域連携センター）

以下　市立札幌病院用

地域連携センターご担当者様

**FAX受信後、病理検査室（内線5226）まで電話連絡をお願い致します。**