

久留米大学医療センター乳腺病理セカンドオピニオン
標本検体送付連絡票

送付日	年 月 日 () 曜日	
患者情報	フリガナ：	
	氏名：	男 ・ 女
	大正・昭和・平成 年 月 日生 () 歳	
	〒	
	住所：	
	電話番号：	
標本のご返送先	フリガナ：	
	氏名（返送先名称）：	
	続柄：	
	〒	
	住所：	
	電話番号：	

※必要事項を記載のうえ、病理標本梱包時に同封してください。

標本送付先：〒839-0863
福岡県久留米市国分町155-1
久留米大学医療センター病理検査室行