

ใบนำส่ง

งานห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชั้นสูง ชั้น 5 อาคาร สว.

ชื่อโครงการ :

เลขที่โครงการ :

หัวหน้าโครงการ :

Payor :

Payor agreement:

ภาควิชา/หน่วยงาน :

No.	HN	Name	รายการส่งตรวจ								
			CBC	BUN	Sugar

ผู้ส่ง/ผู้ประสานงาน :

ผู้รับ.....

โทร. :

วันที่.....