

台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人

馬偕紀念醫院

MACKAY MEMORIAL HOSPITAL

(25160)新北市淡水區民生路 45 號

TEL: (02) 28094661#2482 FAX: 28093385

病理組織蠟塊領出 切結書

本人_____ 曾於民國_____年_____月間 於馬偕紀念醫院

診療並存有 病理組織蠟塊 組織染片 其他：_____ 於貴院。因本人

疾病治療或 主治醫師研究 其他：_____ 之需求，請允許領出本人之病

理組織蠟塊/染片/其他：_____ 以備後續之用途。

此組織蠟塊/染片/其他：_____ 領出貴院後，本人自行承擔所有後續相關問題，

特立此書面聲明以示負責。

身份證字號： _____

病歷號碼： _____

病理編號： _____

本人(請帶身分證正本以供查驗)(簽名與蓋章)： _____

受委託人(請帶委託人與受委託人身分證正本以供查驗)： _____

與本人關係： _____

電話： _____

地址： _____

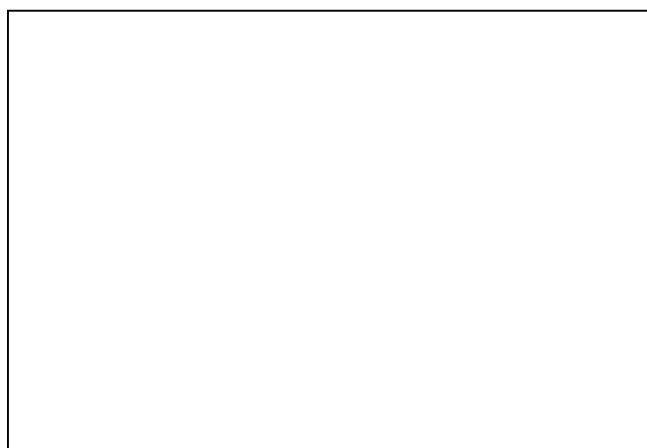
年 月 日

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-006-2-F 行政組病理組織蠟塊領出切結書	一般	2023.04.07	04	1 / 2

本人身分證正面



本人身分證背面



受委託人身分證正面



受委託人身分證背面



文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-006-2-F 行政組病理組織蠟塊領出切結書	一般	2023.04.07	04	2 / 2