

淋巴瘤 基因重組檢測服務 檢查單

醫院		科別	
姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡
病歷號	病理編號		
送檢日期	年 月 日	送檢醫師	連絡電話
報告傳送方式	<input type="checkbox"/> 傳真 Fax :		
	<input type="checkbox"/> 郵寄 地址 : 收件人 :		
	<input type="checkbox"/> E-mail e-mail address :		
發票	<input type="checkbox"/> 二聯式 <input type="checkbox"/> 三聯式 發票抬頭 :		統編 :

檢測項目

件數	淋巴瘤基因重組檢測
	T cell gene rearrangement - β chain
	T cell gene rearrangement - γ chain
	B cell gene rearrangement - κ chain
	B cell gene rearrangement - λ chain
	B cell gene rearrangement - IgH chain

檢體別： blood ; cell ; paraffin sections ; extraction DNA ; others_____

付款方式

- 付現 檢驗費用連同檢測單、檢體、病人檢驗同意書、掛號寄至定勢公司
- 匯款 匯款資訊- 帳戶：定勢生醫科技股份有限公司 帳號：125100058160 銀行：華南銀行 大安分行

※請將此檢查單連同檢體一同掛號寄至定勢公司，謝謝！