

Order sheet 24 sure Form

نام مرکز: پزشک:
 نام خانم: نام آقا:
 تعداد نمونه: نوع نمونه:
 تاریخ نمونه برداری: نحوه ارسال:
 تاریخ دریافت نمونه: تحویل گیرنده:

شماره ردیف	شناسه نمونه	ملاحظات

نام و امضای امبریولوژیست.....تاریخ.....

نام و امضای شاهد.....تاریخ.....



نام خانم:

نام آقا:

شماره ردیف	شناسه نمونه	ملاحظات

نام و امضای امبریولوژیست..... تاریخ...../...../.....

نام و امضای شاهد..... تاریخ...../...../.....



صفحه ۲ از ۲

TE-CMP-FO-019/00

اولین دارنده استاندارد بین المللی آزمایشگاه های پزشکی ISO-15189 در ایران