

세 포 검 사 의 례 서

병 원 명			의 료 검 사		진 료 과		의 료 의 사	
번호	채취날짜	의뢰날짜	성명	생년월일	나이	성별	등록번호	임상소견
1						F		
2						F		
3						F		
4						F		
5						F		
6						F		
7						F		
8						F		
9						F		
10						F		
11						F		
12						F		
13						F		
14						F		
15						F		
16						F		
17						F		
18						F		
19						F		
20						F		