

受付日 ID1

# 皮膚病理組織診断依頼書

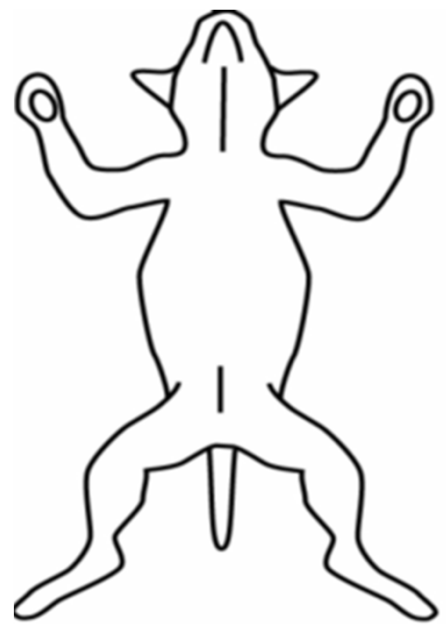
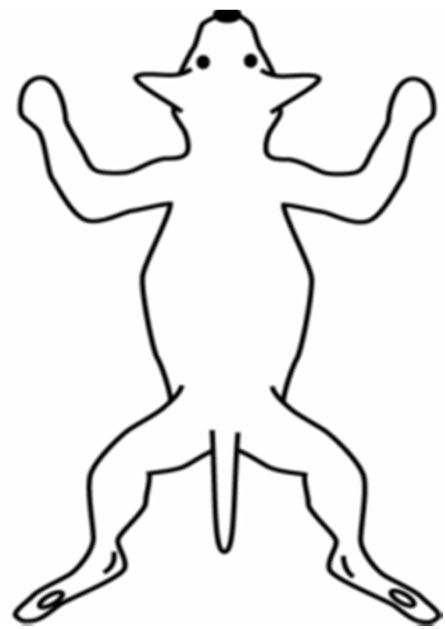
--	--

お客様コード	336443
病院名	犬と猫の皮膚科 様

検体番号 : D-
-----------

検体送付日	年	月	日
-------	---	---	---

スライド受領日	年	月	日
---------	---	---	---

太枠内の情報を入力ください		病院依頼日	年	月	日
飼主様のお名前		ご依頼病院名			
動物の名前		担当獣医師名			
<p>標本1 _____</p> <p>標本3 _____</p>		<p>標本2 _____</p> <p>標本4 _____</p>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">腹側面</p>  </div> <div style="width: 45%;"> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">背側面</p>  </div> </div>					
<p>標本5 _____</p>		<p>標本6 _____</p>			

弊社使用欄

アルシャンブルー	PAS
トルイジンブルー	ギムザ
チールネルゼン	アザン
マッソントリクローム	グラム

コメント