

〒492-8342 愛知県稲沢市矢合町三吉跡 1551-1
つつみ病理診断かクリニック 堤寛
電話：0587-96-7088 F A X：0587-96-7098

依 頼 書

つつみ病理診断科クリニック

院長 堤寛さま

依頼する内容に○をつけてください。項目にない場合は、依頼する内容を、その他のところに記載してください。

★依頼内容

- () 専門家からの専門的な相談
- () 意見書等文書作成
- () 画像写真撮影
- () 免疫染色
- () その他 _____ について

★伝えておきたいこと：メモ

--

★依頼者は、下記、記入してください。

ふりがな 依頼者氏名	
所属	
住所	〒 _____
E mail	
電話番号	