

年 月 日

〒

様

〒

住所

TEL :

E-mail :

https://

検査結果のご送付

以下の検査について、検査報告書をご送付申し上げます。

ご確認いただき、ご不明点や説明が必要な点がございましたら、本書類に記載の電話番号、または E-mail にてご連絡くださいますようお願い申し上げます。

受付日		受付No.	
氏名		性別	
生年月日		年齢	
カルテNo.			
検査日			
診療科			
検査項目			
備考			