

	แบบฟอร์มเบิก-ยืมสไลด์/พาราฟินบล็อก	OP02
		เลขที่...../.....
หน่วยทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ โทรศัพท์ 055-966178		

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....  ทันตแพทย์/แพทย์  ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย  อื่นๆ.....

เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์จะขอเบิก  สไลด์  พาราฟินบล็อก จากหน่วยทันตพยาธิวิทยาของโรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วย	HN./DN.	OP Number	สไลด์	พาราฟินบล็อก
รวมจำนวนสไลด์/พาราฟินบล็อก			.....แผ่น	.....บล็อก

เหตุผลเพื่อ  นำไปประกอบการรักษาต่อ  
 นำไปใช้ในงานวิจัย ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....  
 อื่นๆ (ระบุ).....

ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลทันตกรรม

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....ทันตแพทย์/แพทย์/ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย

วันที่.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.จิตติมา พุ่มกลิ่น)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

วันที่.....

ความเห็นของประธานหน่วยทันตพยาธิวิทยา

ลงชื่อ.....

(อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.จุฑามาศ อรรถโกมล)

วันที่.....

**การติดต่อขอรับสไลด์ / พาราฟินบล็อก (กรณีระบุ)**

ทันตแพทย์/แพทย์มารับแทน ลงชื่อผู้รับตัวบรรจง.....วันที่มารับ.....

หน่วยงาน.....

ผู้ป่วยมารับด้วยตนเอง โปรดระบุเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยให้ชัดเจน.....\*(ถ่ายสำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย)\*

ลงชื่อตัวบรรจง.....วันที่มารับ.....


ญาติผู้ป่วยมารับแทน โปรดระบุชื่อผู้มารับ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

โปรดระบุเบอร์โทรศัพท์ญาติผู้ป่วยให้ชัดเจน.....\*(ถ่ายสำเนาบัตรประชาชนของญาติผู้มารับ)\*

ลงชื่อตัวบรรจง.....วันที่มารับ.....

**หมายเหตุ**

- ตรวจสอบจำนวน สไลด์ / พาราฟินบล็อก ให้ครบก่อนลงชื่อรับ หากลงชื่อรับแล้วมีการสูญหาย ทางหน่วยทันตพยาธิวิทยาจะไม่รับผิดชอบ
- ผู้มาติดต่อรับสไลด์ / พาราฟินบล็อก แทน หากไม่ใช่บุคคลตามที่แจ้งไว้ ให้ถ่ายสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับที่ระบุ โดยที่ผู้รับที่ระบุต้องลงชื่อรับรองสำเนาให้เรียบร้อย + สำเนาบัตรประชาชนของผู้มารับแทน)
- เจ้าหน้าที่ใช้เวลาในการเตรียมโดยประมาณ 7 วันทำการ เนื่องจากต้องมีการ Recut (ตัด) เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานการให้คำวินิจฉัยโรค และจะโทรแจ้งให้มารับตามเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้

	<b>แบบฟอร์มเบิก-ยืมสไลด์/พาราฟินบล็อก</b>	OP02
		เลขที่...../.....
หน่วยทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ โทรศัพท์ภายใน 6178		

เฉพาะเจ้าหน้าที่หน่วยทันตพยาธิวิทยา

ชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วย	OP Number	สไลด์	พาราฟินบล็อก	วันที่รับ/ลายเซ็น	วันที่คืน/ลายเซ็น