様式２

　申請日　　　　　　　年　　　月　　　日

病理標本院外借用申請書

熊本大学病院　病理部 部長

三上 芳喜　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（借用責任者）所属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名：　　　　　　　　　　　　　印

　　　（借用担当者）所属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 氏名：　　　　　　　　　　　　　印

下記の病理標本を借用し、院外に貸出します。担当者が責任持って返却いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **病理標本番号** |  |
| **患者氏名** |  |
| **貸出内容** | **□** H E染色標本　　　　枚　□　特殊染色標本　　　　枚　□　免疫染色標本　　　　枚　□　細胞診標本　　　　　枚（　　　　　　　　　　　　）　□　パラフィンブロック　　　　　　個 |
| **院外貸出先** |  |
| **貸出の目的・理由** |  |

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

病理標本院外借用承諾書

上記の申請を承諾しました。

承諾日　　　　　　　　年　　　月　　　日

返却期限　　　　　　 　年　　　月　　　日

熊本大学病院　病理部 部長

　　　三上 芳喜　　印

CL-RE-11-072　（様式２）