

ฝ่ายจุลชีววิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการส่งคืนสิ่งส่งตรวจ

ว/ด/ป	ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย	หอผู้ป่วย	สิ่งส่งตรวจ	รหัส การส่งตรวจ	เหตุผลการส่งคืน (ระบุข้อ)	ผู้ส่งคืน	ผู้รับแจ้ง
	Hospital Number (HN)						