

新生兒先天性巨細胞病毒篩檢送檢清冊

篩檢院所：

送檢日期：

實驗室編號 (由檢驗單位寫)	序號	母親姓名之 男、女	檢體 UID	出生日期	多胞胎	病歷號	備註

收檢單位：UCL 大安聯合醫事檢驗所 106臺北市復興南路2段151巷33號
電話：(02) 2704-9977 # 1

財團法人預防醫學基金會 電話：(02) 2703-6080 傳真：(02) 2703-6070 聯絡人: 王莉莉 小姐
Email: cmv@pmf.tw https://cmv.pmf.tw

✂-----
簽收聯：

茲收到 巨細胞病毒檢測乾拭子唾液檢體及檢驗單，共_____件

收件單位：大安聯合醫事檢驗所

收件人簽名：

日期：