

# 石狮市医院总院检验报告单

## 宝盖社区卫生服务中心

姓名:	性别:	年龄:	送检医生:
报告时间:	科室:	采集时间:	联系电话:

项目	检测结果
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

备注：本结果只对检测标本负责，只供临床参考。检验者：