

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	

备注：本结果只对检测标本负责，只供临床参考。检验者：