

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：联络电话：

项目	检测结果
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

备注：本结果只对检测标本负责，只供临床参考。检验者：