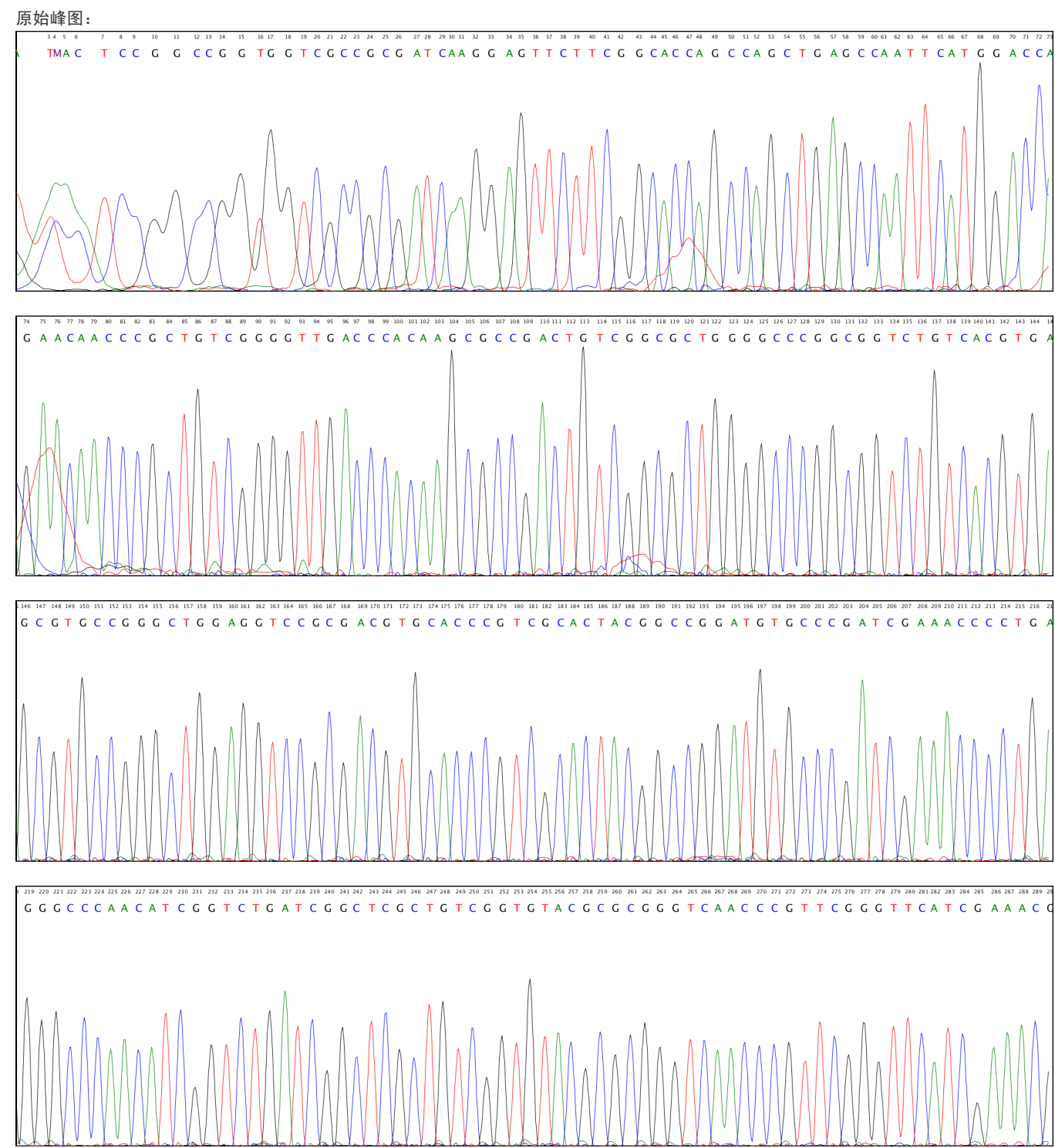
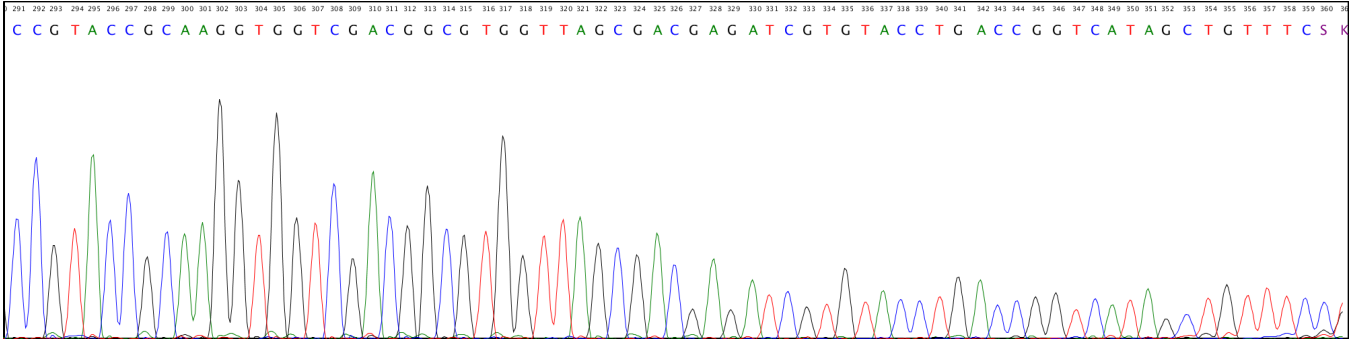


# 济南第一医院TB-Rifampicin 报告单

姓名：	ID号：	样本编号：	样本种类：
性别：男	科室：	送检日期：	送检医生：
年龄：岁	床号：	住院号：	

报告：





检验日期: 报告日期: 检验者: 审核者: