

★為了確保受測者權益，麗寶生醫在收到檢體後（平均為檢體寄出後一至二日）將與受測者聯繫確認申請單內容，請務必留下受測者電話。以下受測者與送檢單位聯絡人資訊，部分用於檢測報告產出與寄送。

(此欄位必填)

採檢日期	西元 2024 年 1 月 16 日 時間：11 時 0 分	送檢單位	頭寶醫院
送檢/寄出日期	西元 2024 年 1 月 16 日 時間： 時 分	主治醫師	董明哲 (聯絡人)
姓名(性別)	洪煥欽 (男/女)	聯絡電話	02-2503-1392 #360
出生年月日	西元 1954 年 7 月 14 日	醫師E-mail	
電話	0921-313801	檢體類型	口腔拭子 (口腔黏膜細胞)
E-mail	drhongk2@gmail.com		
紙本報告及發票寄送地址：(請留掛號信可收件地址)		抬頭/統一編號：(如有需求請自行填寫)	
彰化市中正路一段437號			
檢測項目	<input type="checkbox"/> ApoE基因分型【ApoE Genotyping】 (費用：2,500元) <input type="checkbox"/> NOTCH3 R544C基因分型【NOTCH3 R544C Genotyping】 (費用：3,500元) <input type="checkbox"/> CYP2C19 *2/*3基因分型【CYP2C19 *2/*3 Genotyping】 (費用：3,900元) <input type="checkbox"/> DPD缺乏症基因檢測【DPD Deficiency Genetic Testing】 (費用：6,000元) <input type="checkbox"/> NOTCH3 EGFr Domain (Exons 2-24) (費用：8,500元) <input type="checkbox"/> CSVD Genetic Testing (費用：15,000元) <input checked="" type="checkbox"/> 其他：代謝三要素		
付款方式		立書人簽署	
金額：新台幣 0 元整		<input checked="" type="checkbox"/> 受測者本人 <input type="checkbox"/> 輔助人或監護人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 立書人已詳閱《受測者同意書暨個人資料使用同意聲明》	
<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 匯款，匯出帳號末5碼： (麗寶生醫帳號詳見下方/同意書第9條) <input type="checkbox"/> 轉帳，轉出帳號末5碼： (麗寶生醫帳號詳見下方/同意書第9條)		洪煥欽 (簽章) 113/1/16 (日期) <input checked="" type="checkbox"/> 同意 / <input type="checkbox"/> 不同意，同時給予上述醫師一份電子報告書。	

麗寶填寫

收件日期	西元 2024 年 1 月 17 日 時間： 時 分	簽收人	陳奕勳
收件實驗室	麗寶醫事檢驗所	麗寶檢體編號	J1324-028

匯款資訊



銀行：玉山銀行埔墘分行
帳號：(808)0174-440-029669
戶名：麗寶生醫股份有限公司



基因檢測資料表

為了協助後續分析判讀時能更瞭解您的身體健康狀況，請您協助掃描左方 QRcode 回答相關問題，謝謝您！

