

(病 院 控)

受付日	年	月	日											
				P	S	A	検	査	依	頼	書			
									採取 時間	年	月	日	時	分

受付No	
氏名	

様

・検査を依頼される方は、太線の枠 だけ記入してください。(計 3枚 記入して下さい)
なお、匿名検査を希望される方は氏名を記入する必要はありませんが、その場合は
偽名または暗証番号(4ケタ)を記入してください。

受付日	年	月	日	検査結果受領書					
				採取時間	年	月	日	時	分

受付No	
氏名	様

受付日	年	月	日						
検				査	結	果			
				採取	年	月	日	時	分
				時間					

受付No	
氏名	
	様