附件2

产前筛查标本递送单（模板）

X X X医院

产前筛查标本递送单

采血点编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

递送批号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

递送标本编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（总计\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_个）

递送时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_时\_\_\_\_\_分收集者：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

递送者：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

接收时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_时\_\_\_\_\_分递送者：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

接收者：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

递送与接收意见：

X X X医院

产前筛查标本递送单

采血点编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

递送批号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

递送标本编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（总计\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_个）

递送时间：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_时\_\_\_\_分收集者：\_\_\_\_\_\_\_ 递送者：\_\_\_\_\_\_

接收时间：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_时\_\_\_\_分递送者：\_\_\_\_\_\_ 接收者：\_\_\_\_\_\_

递送与接收意见：

注：采血机构、定点产前筛查机构各保存一联。