

**แบบฟอร์มนำส่งเลือดตรวจ BED ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (กทม.)**

ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... วันที่..... ชื่อผู้ส่ง..... โทร.....

ตรวจ BED (เฉพาะ Positive HIV)					
ลำดับที่	ID	หมายเหตุ	ลำดับที่	ID	หมายเหตุ
รวมจำนวน ..... หลอด					
<b>สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (พื้นที่)</b> วันที่ส่งตัวอย่าง..... เวลาที่ส่งตัวอย่าง..... จำนวนตัวอย่าง..... ชื่อผู้ส่งตัวอย่าง.....	<b>สำหรับพนักงานบริษัทขนส่ง</b> วันที่รับตัวอย่าง..... เวลาที่รับตัวอย่าง..... จำนวนตัวอย่าง..... ชื่อผู้รับตัวอย่าง.....	<b>สำหรับพนักงานบริษัทรับตัวอย่าง</b> วันที่รับตัวอย่าง..... เวลาที่รับตัวอย่าง..... จำนวนตัวอย่าง..... ชื่อผู้รับตัวอย่าง.....	<b>สำหรับเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง</b> วันที่รับตัวอย่าง..... เวลาที่รับตัวอย่าง..... จำนวนตัวอย่าง..... ชื่อผู้รับตัวอย่าง.....		