

高雄市立凱旋醫院檢驗科

血液酒精氣相層析法檢驗委託代檢送驗監管表

送檢日期：

/ /

表單編號 (QR-QP0401-03(01))

委驗機構資料	單位			
	負責人員		電話/手機	
受檢者資訊	姓名		性別	☐ 男 ☐ 女
	ID	病歷號或身分證號	出生日期	年 月 日
就醫院所資料	院所名稱		單位	
	酒精濃度(酵素法)檢驗報告：_____mg/dL			
	聯絡方式	人員：	電話：	
	其他備註			
流程監管	流程	承辦人員	案件傳遞日期/時間	備註
	採檢		年 ____月 ____日 ____時 ____分	
	包裝		年 ____月 ____日 ____時 ____分	
	運送		年 ____月 ____日 ____時 ____分	
	收案		年 ____月 ____日 ____時 ____分	
收案備註				

衛生福利部濫用藥物尿液檢驗機構認可證明書：認可編號 A0013 號

檢驗機構地址：高雄市苓雅區凱旋二路 130 號

檢驗單位電話：(07) 7513171 轉 2223 或 2222

檢驗單位

核章

檢體採集單位存根聯

委驗機構資料：		日期：	
負責警員/人員		電話/手機	
採檢單位：			
受檢者資訊：姓名			
病歷號		性別	☐ 男 ☐ 女
出生日期	年 月 日	採檢人員	
其他備註			

※原就醫院所服務費用申請依據