

# INFORMATION

No.2019.04  
2019年5月

## 元号変更に伴う検査依頼方法について (生年月日)

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。  
平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。  
この度、元号変更に伴い生年月日の記載方法を追加させていただきます。  
内容をご確認の上、ご利用をよろしくお願い致します。  
大変ご迷惑をお掛け致しますが、何卒事情ご賢察の上ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬白

### 記

【開始日】 2019年5月1日(水)受付分より

総合検査依頼書												依頼番号	
依頼日 年 月 日												依頼番号	
検査項目												病歴コード	
手帳番号												性別	
姓(カタカナ記入)												生年月日	
名(カタカナ記入)												年齢	
担当医												採取日	
朝 昼 夕 前 後												透析	

※令和生まれの方は、 平  右横の○印へ  チェックをお願い致します。  
総合検査依頼書以外の申込書も、同じように横の空白枠へチェック下さい。



一般社団法人

福岡市医師会臨床検査センター

〒814-0001 福岡市早良区百道浜1丁目6番9号 TEL(092)852-1506 FAX(092)852-1510