

<b>湖南省临床 检验中心</b>	<b>样品接收状态确认表</b>  <b>文件编码：HNCCL-M-E-02</b>  修订次数：1次 修改日期：2014/01/01		发布日期：2014/01/01 第1页 共1页	
能力验证计划名称	临床检验室间质量评价			
发送机构	湖南省临床检验中心			
电话/传真	0731-85232274(Tel/Fax)	联系人	刘慧	
发送日期			运输单据号码	
发送状态	完好 <input checked="" type="checkbox"/> 不完好 <input type="checkbox"/>	发送人签名		
以上内容由发送机构填写！				
接收实验室名称：		实验室编码：		
联系地址：		邮 编：		
联系电话/传真：				
负责人：		接收人签名：		
接收日期：				
接收时，邮寄包裹状态是否良好：            是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
如需要，请对样本接收状态详细说明，并加盖单位公章(如无问题，此表不必回复)。				

请将此表用传真、EMS 或电子邮箱发至湖南省临床检验中心办公室！