แบบฟอร์มขอผลตรวจ HIV

วันที่ .....

ของผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....

HN.....อายุ.....ปี

ต้องการผลการตรวจที่ทำการตรวจเมื่อ .....

หน่วยงานที่ขอผล ..... เหตุผลที่ขอ.....

ลงนาม .....

(ผู้ป่วย)

ลงนามเจ้าหน้าที่ .....

ตำแหน่ง .....

ผู้พิมพ์ผล ..... วันที่ ..... เวลา .....

ผู้ตรวจสอบผล..... วันที่ ..... เวลา .....

ผู้รับผล ..... วันที่ ..... เวลา .....