

岩手医大患者サポートセンター（矢巾）行

FAX：019-611-8071

## 病理標本作製に関する委任状

令和 年 月 日

病院病理部または検査センター名

殿

私は、以下の者を代理人に定め、下記の権限を委任します。

<代理人>

〒028-3694

岩手県紫波郡矢巾町医大通1-1-1

岩手医科大学医歯薬総合研究所医療開発研究部門

西塚 哲

TEL: 019-651-5111

### 記

貴施設にて保管されている下記患者の病理組織標本に関して、がん患者における腫瘍由来血中遊離DNAのデジタルPCR（dPCR）を用いた迅速診断「OTSアッセイ」のために、私に代わって貴施設に対し病理組織検体（未染標本）の作製及び送付の依頼を行う権限

患者情報

患者名		依頼日	西暦	年	月	日
病理標本番号						

なお、私が貴施設に患者の病理組織検体の作製・送付の依頼を行うこと及び当該依頼権限を代理人に委任することについては、患者本人より承諾を得ています。

<委任者>

依頼施設住所：

依頼医：

印

<患者>

患者住所：

氏名：

印