

| | | | | | |
|--|---|---|------------------------------|------------------------------------|---|
| 本欄由檢驗單位填寫 檢體編號 | | <input type="checkbox"/> 一般件 <input type="checkbox"/> 急件 | 採檢日期 民國 年 月 日 | 按壓右手拇指印 若為1歲以下幼兒請壓 右腳掌印於本表背面 | |
| 送檢單位 | 聯絡電話： 分機 聯絡人： | | 並請影印一份隨檢體送達DNA鑑定單位 | | |
| 鑑定關係 | <input type="checkbox"/> 父母子女鑑定 <input type="checkbox"/> 手足鑑定 <input type="checkbox"/> 叔侄甥舅鑑定 <input type="checkbox"/> 祖孫鑑定 <input type="checkbox"/> DNA存證 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請說明) | | | | |
| 檢體種類 | <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 口腔棉棒 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請說明) | | | | |
| 受檢者姓名 (請以正楷填寫) | 生日 民國 年 月 日 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | 請黏貼受檢者 2吋近身近照 | |
| 身份證號碼 (護照/旅行證號碼) | 電話 (日) _____ (夜) _____ (行動電話) | | | | |
| 通訊地址 | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> _____ | | 稱謂 | | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 祖父(母) <input type="checkbox"/> 孫子(女) <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| 戶籍地址 | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> _____ | | 本人簽名 (無法簽名者由監護人代簽) | | 最近三個月是否有接受 輸血或是進行骨髓移植 |
| 證明文件影本黏貼 (採檢人員應核對證件及相片與受檢者本人相符) | | | | | |
| <p>◎ 本國籍請貼身分證正反面影本 (無身分證者請附上戶口名簿影本、新生兒請附上<u>已填妥姓名</u>之出生證明書)</p> <p>◎ 大陸籍請貼入台證件影本</p> <p>◎ 外國籍請貼護照影本</p> <p style="text-align: center;">(若證件過大可黏貼於背面或隨表附上)</p> | | | | | |
| KO' S OBSTETRICS&GYNECOLOGY GENEPHILE BIOSCIENCE LABORATORY SIP-PT-02(01.1) | | | | | |
| 採檢人員 簽章 | 採檢單位 蓋章 | | 檢驗人員 收件蓋章 | | |
| 收檢人員 簽章 | | <input type="checkbox"/> 立案 <input type="checkbox"/> 補件 <input type="checkbox"/> 退件 | 日期 | 日期 | |

◎虛線內由檢驗單位填寫，粗框內由受檢者填寫，其餘內容由採檢人員填寫。