بسمی تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ....

دفتر آزمایش لام های پاسیو

شبکه / مرکز بهداشت و درمان شهرستان ....

ماه : .... سال : ....

ردیف	منبع لام		نوع انگل	نام آبادی	بخش	شهرستان	نام بیمار	شهرت	نام پدر	نام مادر	سن	تاریخ تهیه	تاریخ آزمایش	آزمایش کننده	آدرس کامل بیمار
	شهری	روستایی													