

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：		請黏貼受檢者 2吋近身近照	
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		請黏貼受檢者 2吋近身近照		
身份證號碼 (護照/旅行證號碼)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
通訊地址	□□□					
戶籍地址	□同上	□□□				
電 話	(日)	(夜)	(行動電話)	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	
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		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (答是者，需以口腔棉棒採檢)			
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、新生兒請附上已填妥姓名之出生證明書)</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> <p style="text-align: center;">KO'S OBSTETRICS&GYNECOLOGY GENE PHILE BIOSCIENCE LABORATORY SIP-PT-02(01)</p>						
採檢人員 簽 章	採檢單位 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	檢驗人員 收件蓋章	日期		

本資料表正本由採檢單位留存 並請影印一份隨檢體送達DNA鑑定單位

◎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。