能力验证样品接收状态确认表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 计划名称和编号 |  | | |
| 样品编号 |  | | |
| 组织机构 | 大连博源医学检验实验室有限公司 | | |
| 实施机构 | 大连博源医学检验实验室有限公司 | | |
| 联系人 | 迟老师 | 联系邮箱 | pt@dlbymed.com |
| 联系电话 | 0411-88809098转802，13842805762 | | |
| 发送日期 | 2023.5.15 | 发送状态 | ☑完好 □不完好 |
| 接收时，被测样品状态：  包装是否破损 □是 □否  是否洒溢 □是 □否  状态是否完好 □是 □否 | | | |
| 参加实验室名称：  参加实验室代码：  联系地址：  联系人：  联系电话：  联系邮箱：  接收日期： | | | |
| 如需要，对接收状态的详细说明：  负责人签名：  日期： | | | |

备注：样品发出后，我们将及时跟踪物流接收情况。请相关实验室接到样品后，尽早填写本表格并发送至联系人邮箱。若未在规定时间内回复确认，将默认为样品状态为完好。