Lab Form for COVID-19 Test

Name of Examinee: 檢測者姓名：		**Specimen ID:** 樣本編號：	
Date of Birth: 出生日期：		**Specimen Type:** 樣本類別：	
Gender/Age: 性別/年齡：		**Collection Date & Time:** 採集日期及時間：	
ID/Travel Document No.: 身份證/旅遊證件號碼：		**Telephone Number:** 電話號碼：	
Express: 加急：	Yes是 / No否		
Referring Doctor: 轉介醫生：	Dr. Lee Kong Ngai		
Address & Phone Number: 電話及地址：			

It is confirmed that the specimen is taken form the holder of the ID/Travel document number provided above.
樣本確認由上述身份證/旅遊證件號碼持有人所提供。

Stamp/Signature by Referring Clinic/Doctor:
轉介診所/醫生蓋章/簽署：

_____

For Lab Use Only

Specimen received By:	
Date & Time:	

📞 香港：(852) 2110 1218
📠 香港：(852) 2110 0192
✉ info@dnawecheck.com
🌐 www.DNAwecheck.com

Laboratory 化驗所 Rm 202, 2/F, Premier Centre, 20 Cheung Shun Street, Lai Chi Kok, H.K.
香 港 荔 枝 角 長 順 街 2 0 號 時 豐 中 心 2 樓 2 0 2 室
CS Center 客服中心 12/F, Edward Wong Tower, 910 Cheung Sha Wan Road, Kowloon, H.K.
香 港 九 龍 長 沙 灣 道 9 1 0 號 安 泰 大 廈 1 2 樓

DWC/LB/F-018 (19/03/2021) v01