

## 法医物证采样单

案件编号: 甘迪安[2019]法物鉴字第 号

委托人				采样日期			采样地点		
姓名	性别	称谓	民族	身份证号 或出生日期		检材类型	检材数量	指纹 (右手拇指) 或签名	
						<input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 静脉血液 <input type="checkbox"/> 口腔拭子 <input type="checkbox"/> 带毛囊毛发 <input type="checkbox"/> 其他	约	cm <sup>2</sup> ml 根	
						<input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 静脉血液 <input type="checkbox"/> 口腔拭子 <input type="checkbox"/> 带毛囊毛发 <input type="checkbox"/> 其他	约	cm <sup>2</sup> mL 根	
						<input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 静脉血液 <input type="checkbox"/> 口腔拭子 <input type="checkbox"/> 带毛囊毛发 <input type="checkbox"/> 其他	约	cm <sup>2</sup> mL 根	
						<input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 静脉血液 <input type="checkbox"/> 口腔拭子 <input type="checkbox"/> 带毛囊毛发 <input type="checkbox"/> 其他	约	cm <sup>2</sup> mL 根	
						<input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 静脉血液 <input type="checkbox"/> 口腔拭子 <input type="checkbox"/> 带毛囊毛发 <input type="checkbox"/> 其他	约	cm <sup>2</sup> mL 根	

 被鉴定人有无输血史或骨髓移植史 均否认 有, 姓名: \_\_\_\_\_, 说明 \_\_\_\_\_。并对采样过程的真实性予以认可, 同意进行检验。

 姓名、出生日期核对无误。剩余检材是否需要退还? 是 否 委托人签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

采样人: \_\_\_\_\_