



法医物证采样单

案件编号:

委托人				采样日期			
采样地点							
姓名	性别	称谓	出生日期	检材类型	检材数量	指纹 (右手拇指)	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"/> 其它	cm ² 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"/> 其它	cm ² 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"/> 其它	cm ² 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"/> 其它	cm ² 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"/> 其它	cm ² mL 根		
采样人							
备注							