　　　　　衛生検査所登録申請書

千 葉 県

収入証紙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 衛生検査所の名称 | |  | |
| 衛生検査所の所在地 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　） | |
| 検査業務の内容 | |  | |
| 検査用機械器具の  名称及び数 | |  | |
| 衛生検査所の  構造設備の概要 | |  | |
| 衛生検査所の管理者 | 氏名 |  | |
| 資格 |  | |
| 検査業務を指導監督  する医師の氏名 | |  | |
| 精度管理責任者 | | 氏　　　名 | 資　　　格 |
|  |  |
| 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者 | | 氏　　　名 | 資　　　格 |
|  |  |
| その他の医師、　　臨床検査技師又は　衛生検査技師 | | 氏　　　名 | 資　　　格 |
|  |  |

上記により、衛生検査所の登録を申請します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　）

　　　　　　　　　　　氏　名（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

D:\UserData\n.tdrk\Desktop\印.png

　千葉県知事　　　　　　　　　　　　様

　　（注意）　１　用紙の大きさは日本工業規格Ａ列４番とすること。

　　　　　　　２　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。

　　　　　　 ３　遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の氏名及び資格は、　　　遺伝子関連・染色体検査の業務を実施する場合にのみ記載すること。