

衛生検査所登録申請書

衛生検査所の名称		
衛生検査所の所在地		
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
その他の医師又は臨床検査技師	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)
〒 - TEL () -

氏名 (法人にあっては、法人名及び代表者名)

熊本市保健所長 様

所長	課長	副課長	主幹	主査	班員	起案 年 月 日 本申請について、登録証明書を 交付してよろしいか。
受領印		受付印		決裁印		登録年月日
手数料¥80,000						年 月 日
						登録番号
						第 号
						指令番号
						指令(医政)第 号