様式第１号

**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（医対）第　　　号 |