

< 衛生検査所登録申請手続きについて >

1 登録申請の流れ

(事前相談) → 申請書類提出 (書類審査) → 実地調査 → 登録証明書の交付

2 申請時、持参するもの

- ・提出書類一式
- ・登録申請手数料 (現金 80,000円)

3 提出書類一覧表 (提出部数は1部)

書	類
①	衛生検査所登録申請書 (様式第六)
②	衛生検査所の図面
③	管理者の同意書 (開設者が自ら管理を行う場合を除く。) 及び履歴書、免許証の写し (原本提示)
④	(医師以外の者が管理者である場合) 指導監督医の同意書、履歴書及び当該管理者の就任に関する当該医師の承諾書、免許証の写し (原本提示)
⑤	精度管理責任者の同意書及び履歴書、免許証の写し (原本提示)
⑥	(業務を実施する場合) 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の同意書及び履歴書、免許証の写し (原本提示)
⑦	検査業務に従事する医師又は臨床検査技師の免許証の写し (原本提示)
⑧	臨床検査技師等に関する法律施行規則第12条第13号に掲げる検査案内書
⑨	臨床検査技師等に関する法律施行規則第12条第14号に掲げる標準作業書
⑩	臨床検査技師等に関する法律施行規則第12条第15号に掲げる作業日誌
⑪	臨床検査技師等に関する法律施行規則第12条第16号に掲げる台帳
⑫	臨床検査技師等に関する法律施行規則第12条第17号に掲げる組織運営規程
⑬	営業所に関する書類
⑭	(開設者が法人の場合) 登記事項証明書、定款若しくは寄付行為の写し

4 申請書の提出先等

大津市保健所保健総務課医事薬事係

滋賀県大津市浜大津四丁目1番1号 明日都浜大津1階

TEL 077-522-6757 FAX 077-525-6161

来所の際には、事前に当課医事薬事係まで御連絡ください。

<記入例>

様式第六（第十一条関係）

衛生検査所登録申請書

衛生検査所の名称	(フリガナ) オオツシエイセイケンサシヨ 大津市衛生検査所	
衛生検査所の所在地	〒520-0000 大津市〇〇町〇丁目〇〇—〇 〇〇ビル〇階 TEL 077 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
検査業務の内容	別紙のとおり	
検査用機械器具の名称及び数	別紙のとおり	
衛生検査所の構造設備の概要	別紙のとおり	
衛生検査所の管理者	氏名	〇〇 〇〇
	資格	臨床検査技師 〇〇〇〇〇〇
検査業務を指導監督する医師の氏名	〇〇 〇〇	
精度管理責任者	氏名	資格
	△△ △△	臨床検査技師 △△△△△△
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
	〇〇 〇〇	臨床検査技師 〇〇〇〇〇〇
その他の医師又は臨床検査技師	氏名	資格
	□□ □□ 〇〇 △△	臨床検査技師 □□□□□□ 臨床検査技師 〇〇〇△△△

記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付してください。

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)

〒〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

氏名
(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

株式会社 〇〇〇〇
代表取締役社長 〇〇 〇〇

担当者： 〇〇 〇〇

連絡先： 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(あて先)

大津市保健所長

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、A4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のみ記載すること。

(管理者の同意書)

同意書

衛生検査所の所在地

衛生検査所の名称

私は、上記衛生検査所の管理者として、検査業務全般の管理者の任にあたることについて同意いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

電話番号

資 格

登録番号 第 号

(管理者が医師でない場合)

同意書

衛生検査所の所在地

衛生検査所の名称

私は、上記衛生検査所の指導監督医として、検査業務の指導及び監督の任にあたることについて同意いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

電話番号

資 格 医師 登録番号 第 号

(管理者が医師でない場合)

承 諾 書

管理者の住所

管理者の氏名

私は、上記の者を
します。

の管理者の任にあたらせることを承諾

年 月 日

指導監督医

住 所

氏 名

電話番号

資 格

医師

登録番号

第

号

(精度管理責任者の同意書)

同 意 書

衛生検査所の所在地

衛生検査所の名称

私は、上記衛生検査所の精度管理責任者として、精度管理の任にあたることについて同意いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

電話番号

資 格

登録番号 第 号

(遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の同意書)

同意書

衛生検査所の所在地

衛生検査所の名称

私は、上記衛生検査所の遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者として、同検査の精度の確保の任にあたることについて同意いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

電話番号

資 格

登録番号 第 号