

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)	
衛生検査所の所在地		〒 TEL: ()	
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〕

氏 名
〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕

担当者：
連絡先：

(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にのみ記載すること。