

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		××××衛生検査所	
衛生検査所の所在地		川崎市川崎区宮本町〇番地	
検査業務の内容		血液学的検査：血球算定・血液細胞形態検査	
検査用機器器具の名称及び数		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	×× ××	
	資格	臨床検査技師	
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
	□□ □□	臨床検査技師	
遺伝子関連・染色体検査の制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
	〇〇 〇〇	臨床検査技師	

上記により、衛生検査所の登録を申請します。

令和 3年 4月 1日

住所 川崎市川崎区宮本町〇〇番地

氏名 ×× ××

川崎市長 殿

- (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・染色体検査の制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。