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

　 （法人にあつては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

　長崎市保健所長　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、書ではつきりと書くこと。

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。