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 | | 鹿児島市 | |
| 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

法人にあっては、主

たる事務所の所在地

法人にあっては、名

称及び代表者の氏名

住　所

氏　名

鹿児島市保健所長　殿

|  |
| --- |
| 保 健 所 受 付 印 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日　　　決　裁 | | | | | | | |
| 所　　長 |  | 課　　長 |  | 係　　長 |  | 係 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 | 第　　号 | 登録年月日 | 年　　月　　日 |