衛　様式１

**衛生検査所登録申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | ℡（　　　　）　　－ | |
| 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。

　令和　　　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、名称及び代表者の職氏名）

尼崎市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　検収印

　　　現金　８０，０００円