

衛生検査所登録申請書

ふ り が な 衛生検査所の名称	TEL () -	
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、名称及び代表者の職氏名)

尼崎市保健所長 様

検収印

現金 80,000円