

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	〒 広島市 区 (電話) (E-mail)	
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
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等	(電話)	

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、名称及び代表者の氏名）

広島市保健所長

◎ここから下には記入しないでください。

(書類審査・施設検査)

受付印	審査・検査年月日	審査・検査者	登録年月日	特記事項
	施設基準等 適・否		登録番号 第 号	

(受付)
(伺い)

係	係	係長	課長	照合	公印	施行
---	---	----	----	----	----	----