**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、臨床検査技師又は衛生検査技師 | | 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）

栃木県知事　　　　　　様

（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、楷書ではっきりと書くこと。

　　　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のみ記載すること。