|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2021年度臨床検査精度管理調査申込書 | | | |
| 医療機関名 |  | | |
| 所在地 | (〒　　　－　　　　) | | |
| 連絡先 | TEL（　　　　　）　　－　　　　　　　FAX（　　　　　）　　－ | | |
| (必須) e-mail： | | |
| 試料受領責任者名 |  | 所属 |  |
| 参加部門  □にチェック  してください | **1. 細胞　　　　　　 □　　 7. 臨床化学**  **2. 微生物　　　 　　□** ・生化学　　**□**  **3. 輸血　　　　 　　□** ・HbA1c　　　　　　　　　　**□**  **4. 病理　　　　 　　□　　 8. 血　液**  **5. 生理　　　　 　　□** ・血算　　　**□**  **6. 一般検査** ・血液像　　**□**  ・尿定性　 　　　　　**□**　 ・凝固　　　　　　　**□**  ・尿蛋白定量 　　　　　**□**　　 **9. 免疫血清**  ・便中ヘモグロビン　　**□** ・感染症　　**□**  ・ﾌｫﾄｻｰﾍﾞｲ **□** ・腫瘍ﾏｰｶｰ　　　　　　**□**  **10.遺伝子検査　 　　□** | | 【1～9の部門】  参加部門数  （　　　）部門  参加費用  （　　　　）円  【10遺伝子部門】  参加費用  （　　　　）円  手書き報告手数料  （　　　　）円 |
| 振込者口座名義  (※口座番号記入不要) |  | | 合計振込金額  　　　　　　　円 |
| 振込予定日 | 年　　　　月　　　　日　（　　） | |
| 回答票報告方式  (希望する番号1つに○) | 1.USBメモリ※　　　　2.手書き(作業手数料1,000円が別途かかります)  ※USBメモリでの回答は、Microsoft Excel（バージョン2007以降）が必要です | | |
| 詳細問合せ先 | 長野県立信州医療センター　臨床検査科　　 担当：藤原  TEL　026-245-1650　　　　e-mail：fujiwara-noriko@pref-nagano-hosp.jp | | |
| 備考   * この申込書に必要事項記入の上、下記へ送付してください。   【 長野県臨床検査技師会 事務所e-mail：[office@namt.jp](mailto:office@namt.jp)またはFAX：0263-87-5588 】  （やむを得ず郵送する場合は、下記へ送付してください。）  【宛先：長野県臨床検査技師会　事務所　〒390－0847 松本市笹部　1－3－7　オフィスGB 102号】  申込書を確認しましたら受領メールをお送りしますので、数日経ってもメールが届かない場合  は、ご一報ください。   * 参加費用は、申込書提出と同時に下記へご送金ください。   　口座　八十二銀行松本営業部　普通預金　1304813  　名義　一般社団法人長野県臨床検査技師会精度管理事業部   * 送金が遅れる場合は、通信欄へ理由等をご記入ください。   (通信欄)   * 請求書・領収書が必要な場合は下欄へ○印を記入してください。（発行は8月以降となります）   なお、申込書提出と同時に送金していただいた施設には請求書は発行いたしませんのでご了承ください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 内　訳 | 必要なものに○印 | 送付先（担当者職氏名） | | 請求書 |  |  | | 領収書 |  |  | | | | |