平成　　年　　月　　日

総合精度管理調査参加申込書［FAX 用］

申込ＦＡＸ番号　０３－５４４２－５９３７

社団法人 全国労働衛生団体連合会　会長　殿

当施設は社団法人全国労働衛生団体連合会の総合精度管理調査へ参加いたしたく、別添の施設概要を添えて申し込みます。

施設コード	＊新規申込は、施設コード記入の必要はありません。
施 設 名	
所 在 地	〒
代表者氏名	印
担 当 者	部署･役職：　　氏名：
連 絡 先	電話：　　Fax：

精度管理調査申込項目	**＊下記の精度管理調査に参加します。（参加予定でも可）** □　臨床検査に関する精度管理調査 □　生物学的モニタリング検査(労働衛生検査)に関する精度管理調査 （ □ 直接参加(自施設参加)　　□ 間接参加(外注検査)　） □　胸部エックス線検査に関する精度管理調査 （ □ 直接・間接両方　　□ 間接または直接　）

別添

平成　　年　　月　　日

施設概要

施　設　名		
設立年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	
事業規模	［直近の年間事業収入］	
常勤職員数	人	
業　　種	１．健診施設　　２．医療施設　　３．検査機関 ４．その他（　　）	
健診施設・医療施設	臨床検査	１．自施設で検査　　２．一部外注 ３．全部を外注　　４．その他
	生物学的モニタリング検査 （労働衛生検査）	１．自施設で検査　　２．一部外注 ３．全部を外注　　３．その他
	胸部エックス線検査	１．自施設で撮影・読影　　２．撮影外注・自施設読影 ３．撮影・読影外注　　４．その他
検査機関	臨床検査	１．自機関で検査　　２．一部外注
	生物学的モニタリング検査 （労働衛生検査）	１．自機関で検査　　２．一部他の専門機関へ外注 ３．受注実績なし　　４．その他