

# 临床基因扩增检验实验室技术验收申请表

(三级乙等以下医院)

初次验收      换证验收

## 一. 基因扩增检验实验室基本情况

(一) 实验室所属法人单位名称: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

邮编: \_\_\_\_\_

法定代表人: \_\_\_\_\_ 实验室负责人: \_\_\_\_\_

联系人: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_ 传真: \_\_\_\_\_

(二) 实验室总人数: \_\_\_\_\_ 名

(其中初级职称人员\_\_\_\_\_名, 占\_\_\_\_%; 中级职称人员\_\_\_\_\_名, 占\_\_\_\_%; 副高级职称人员\_\_\_\_\_名, 占\_\_\_\_%; 高级职称人员\_\_\_\_\_名, 占\_\_\_\_%), 其中已获培训上岗证人员\_\_\_\_\_人。

(三) (换证验收需填写此项)

上次验收时间: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

上次验收合格证书编号: \_\_\_\_\_ 原证书有效期至: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 二. 提供资料状况

(一) 《医疗机构执业许可证》复印件;

(二) 拟设置基因扩增检验实验室医院的医疗卫生资源状况、对临床基因扩增检验的需求情况以及实验室运行的预测分析(如为换证验收, 此项不需填写);

(三) 拟(已)设基因扩增检验实验室的设置平面图;

(四) 实验室主要负责人简历表(见附表 1);

(五) 实验室工作人员一览表(见附表 2);

(六) 主要仪器设备表(见附表 3);

(七) 拟(已)开展的临床基因扩增检验项目(见附表 4);

(八) 实验室相关程序文件和标准操作程序(SOP)目录;

(九) 检验报告样单 份；

(十) 其它有关质量文件名称或证明材料。

三. 希望验收时间为 年 月 日至 年 月 日

#### 四. 声明

本实验室自愿申请广西壮族自治区临床检验中心组织的技术验收，并愿承担下列义务：

(1) 遵守《临床基因扩增检验实验室管理暂行办法》和《临床基因扩增检验实验室工作规范》及有关规定；

(2) 不论能否获准验收，预付验收阶段所需的全部费用。

申请单位法定代表人（签名）：

申请单位（盖章）

年 月 日

附表 1:

### 实验室主要负责人简历表

姓 名		性别		出生年月		年龄	
学历学位		职务			职 称		
所学专业		毕业院校			毕业年月		
工作简历:							
主要著作及成果							





