

Số: .....

....., ngày.....tháng.....năm.....

**BẢN ĐĂNG KÝ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH NGOẠI KIỂM TRA  
CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM NĂM 2016**

Kính gửi: Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM

**1. Tên đơn vị (theo Giấy phép hoạt động):** .....**2. Địa chỉ đơn vị:** .....

Phường/Xã: ..... Quận/Huyện: .....

Tỉnh/TP: ..... Mã vùng điện thoại: .....

**3. Số lượng Khoa/Phòng xét nghiệm:** .....

Bao gồm các Khoa/Phòng (nếu gồm nhiều Khoa Xét nghiệm như Sinh hóa, Huyết học, Vi sinh, Miễn dịch... đề nghị ghi cụ thể): .....

**4. Tên Khoa/Phòng xét nghiệm:** .....

Điện thoại: ..... Fax: .....

Email: .....

**5. Số lượng nhân sự của Khoa/Phòng xét nghiệm:** .....**6. Trưởng Khoa/Phòng xét nghiệm:** .....

Điện thoại: .....

**7. Nhân viên quản lý chất lượng:** .....

Điện thoại: .....

**8. Cơ quan chủ quản:** Bộ Y tế  ..... Sở Y tế  ..... Bộ/Ngành khác **9. Loại hình hoạt động:** Khám chữa bệnh  ..... Cận lâm sàng  ..... Dự phòng **10. Loại hình đầu tư:** Công lập  ..... Ngoài công lập

**11. Giấy phép hoạt động (đối với đơn vị tư nhân):**

Số:..... Nơi cấp:..... Ngày cấp .....

**12. Tham gia chương trình ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm:**

STT	Tên chương trình	Đăng ký	Công ty sản xuất mẫu
1	Chương trình NKT Sinh hóa	<input type="checkbox"/>	
2	Chương trình NKT Huyết học	<input type="checkbox"/>	
3	Chương trình NKT Vi sinh lâm sàng	<input type="checkbox"/>	
4	Chương trình NKT Miễn dịch	<input type="checkbox"/>	
5	Chương trình NKT Đông máu	<input type="checkbox"/>	
6	Chương trình NKT Nước tiểu	<input type="checkbox"/>	
7	Chương trình NKT Khí máu	<input type="checkbox"/>	
8	Chương trình NKT Sàng lọc trước sinh	<input type="checkbox"/>	
9	Chương trình NKT Tim mạch	<input type="checkbox"/>	
10	Chương trình NKT Hemoglobin gắn kết	<input type="checkbox"/>	
11	Chương trình NKT xét nghiệm Định nhóm máu	<input type="checkbox"/>	
12	Chương trình NKT PCR HBV	<input type="checkbox"/>	
13	Chương trình NKT PCR HCV	<input type="checkbox"/>	
<b>Tổng số chương trình đăng ký</b>			

Lưu ý: Trung tâm chỉ triển khai chương trình ngoại kiểm tra khi Quý đơn vị gửi bản đăng ký được điền đầy đủ thông tin và có chữ ký, đóng dấu của Thủ trưởng đơn vị, đồng thời hoàn tất việc đóng phí quản lý trước ngày **20/11/2015**

**Nơi nhận:**

- Như trên;

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(ký tên, đóng dấu)*