様式１

**申　請　書（更新申請施設用）**

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会　殿

当施設は、認証を受けたく申請します。

　　　　　　　　　　　　　　申請者名　　　　　　　　　（会員番号　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名（施設番号） |  |
| 所属部署名 |  |
| 所属部署代表者名 |  |
| 施設住所 | 〒 |
| 連絡方法 | Tel:  Fax:  E-mail: |

【注意】

※施設名は認証書に記載されますので正式名称を記入してください。

長い施設名は2行にて記載をお願いします。

　　　　　　例　地方独立行政法人〇〇病院機構　　　　　例　公益〇〇法人〇〇財団〇〇会

　　　　　　　　〇〇〇〇医療センター　　　　　　　　　　　〇〇〇〇病院

※指針３．認証基準の要求事項および申請書（様式２～６）を参照し、各項目の基準を満たしている

場合は、□に**レ**点を記入してください。

【基準】

1．日臨技主催の精度管理調査に、申請時より遡り２年以上連続参加している。 □

2．施設内で実施している項目は全項目、臨床検査データ標準化事業に参加している。 □

3．日臨技精度管理調査の結果で、許容正解項目が２年連続90％以上である。 □

4．都道府県技師会主催の精度管理調査に申請時より遡り２年以上参加し、２年連続80％以上

である。 □

5．基準的測定法が確立している項目は、原則として標準化を行い実践している。　　　　　　 □

6．認証範囲対象項目は全項目、内部精度管理を行いＸbar-Ｒ管理図等を作成しその記録がある。□

7．内部精度管理については、明らかに許容範囲を超えた異常値が出た場合の対応マニュアルを

作成している。 □

8．外部精度管理調査（日臨技主催および都道府県主催）評価結果で許容正解を外れた項目に

ついては、原因の究明、是正処置、監督者の確認等の記録（様式）がある。 □

9．検体検査室に常勤の臨床検査技師がいる。 □

10．申請者または精度管理責任者が、日臨技生涯教育研修制度を修了している。あるいは審査

基準に定める単位を取得している。　 □

11．精度管理に関連する研修会等に毎年１回以上参加している。 □

以上の内容に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

施設名

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　印