

様式 3

検査項目一覧 (2018 年 10 月 31 日現在)

年 月 日

(宛先)

社会福祉法人^{思賜}済生会支部_{財団}

奈良県済生会

支部長 今川 敦史 殿

(申請者)

所在地

名 称

代表者

印

済生会御所病院に対し、ダウンロードした外注検査項目一覧の Excel ファイルに該当する受託検査項目を入力し、印刷した書類およびデータを CD に収載して提出します。

記

1. ファイル名：外注検査項目_御社名
2. シートについて：項目名称、検査法、基準値、単位、報告日数を記入して下さい。現行の検査項目名称、検査法等と記入した欄に変更がある場合は、変更の有無に「有」を入力し、変更の無い場合は空白にして下さい。