

附表

「預防保健服務之定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構」資格審查申請表

壹、申請單位基本資料表

申請醫院（檢驗室）	全 名：				
醫療機構負責人	姓 名：				
地址					
聯絡人	姓 名		電 話		
	傳 真				
實驗室負責人	姓 名		電 話		
	e-mail				

檢驗室隸屬：☐附設於醫院檢驗部門下 ☐附設於聯合診所之檢驗部門下
☐獨立設置之檢驗機構 ☐其他，請註明_____。

貳、定量免疫法糞便潛血檢驗設備、試劑資料(若表格不夠，請自行增列填寫)

編號	廠 牌	型 號	衛生福利部許可(是或否)

參、申請資格審查依據暨應檢附文件

一、申請資格審查依據：

- ☐國際實驗室認證聯盟相互認可協議認證機構之有效認證(定量免疫法糞便潛血檢驗)。
- ☐美國病理學會(CAP)之實驗室有效認證。
- ☐國際實驗室認證聯盟相互認可協議認證機構認可之能力試驗執行機構每年二次定量免疫法糞便潛血檢驗能力試驗合格(限一百零八年七月一日前通過本署定量免疫法糞便潛血檢驗資格審查且年度檢驗量低於三千件之診所或獨立設置之檢驗機構)。

二、證明文件(一式三份)

- ☐開業執照影本
- ☐檢驗儀器及試劑通過衛生福利部核可之證明文件
- ☐通過定量免疫法糞便潛血檢驗認證資格之證明文件