

FAX : 03-5442-5937

(公社)全国労働衛生団体連合会 行き

全衛連精度管理調査実施要領送付依頼書

依頼日	令和元年	月	日
依頼者および送付先			
所属法人			
部署			
氏名			
住所	〒		
TEL		FAX	
送付先（上記と送付先が異なる場合）			
所属法人			
部署			
氏名			
住所	〒		
TEL		FAX	

送付を依頼する精度管理調査実施要領の送付依頼欄に○をつけてください。

精度管理種別	送付依頼
臨床検査精度管理調査実施要領	1部
労働衛生検査精度管理調査実施要領	1部
胸部 X 線検査精度管理調査実施要領	1部
胃 X 線検査精度管理調査実施要領	1部
腹部超音波検査精度管理調査実施要領	1部

- お送りする実施要領は、精度管理調査参加申込書・実施要領・記入様式・記入上の注意点から構成されていますので、送付は一部とさせていただきます。
- 平成 30 年度の精度管理調査にご参加いただいた御施設には、胸部 X 線・胃 X 線、腹部超音波検査の要領一式お送りしますので、改めてのお申し込みは不要です。

ZHP