様式１

検体測定室　開設届書

|  |  |
| --- | --- |
| 届出番号（※開設者による記入は不要） | 受理された場合「第○○○号」と記入されて返信されますので空欄にしてください |
| 検体測定室の名称 | **○○薬局　△△店** |
| 所在地 | **〒○○○―○○○○****○○県○○市○○町○―○―○** |
| 測定項目 | HbA1c（ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝA1c）、血糖値、中性脂肪値、HDL-コレステロール値、LDLコレステロール値 |
| 開始日（年月日） | 平成　　○○年　　○○月　　○○日 |
| 期間を定めて行う場合はその実施期間　　　　　　　※健康フェア等の申請時記載 | 開始日（年月日） | 廃止日（年月日） |
| 平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 衛生管理等を含めた運営に係る責任者 | 氏名　 | 資格の種類 |
| ○○　太郎　　、○○　花子 | 薬剤師　　　　、看護師 |
| 精度管理を職務とする者 | 氏名 | 資格の種類 |
| ○○　太郎　　、○○　次郎 | 薬剤師　　　　、臨床検査技師 |
| 備　考 | （ メールアドレス等記載　　　――――＠――――.co.jp ） |

|  |  |
| --- | --- |
| 上記により、検体測定室の開設を行います。 　　　　　　　　平成　　○○年　○○月　○○日　受理された場合に　受理の日付と医政局地域医療計画課の印　受領日付印　が押印されて返却されます。 厚生労働省医政局域医療計画課 医療関連サービス室長　殿 | 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） |
| 〒○○○-○○○○　　　　○○県○○市○○町○－○－○ |
| 氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） |
| 　○○薬局　○○店　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○　太郎　　　　印 |
|  |
| 開設届書に関するご案内 |
| ・開設届書に不備がない場合、届出番号を記入した写しを交付します。・手数料は不要です。・開設届書は原則メール（k-sokutei@mhlw.go.jp)送付でお願いします。　郵送、ＦＡＸでも受け付けています。 |