

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「第〇〇〇号」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	〇〇薬局 △△店	
所在地	〒〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇—〇—〇	
測定項目	HbA1c(ヘモグロビン 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
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
	〇〇 太郎、〇〇 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
	〇〇 太郎、〇〇 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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。

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇町〇—〇—〇

氏名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

〇〇薬局 〇〇店

〇〇 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。

厚生労働省医政局地域医療計画課
医療関連サービス室長 殿