



برگه ثبت نام در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت ۱۳۹۷

نام آزمایشگاه: دانشگاه استان * کد عضویت: /

نام مسئول فنی/ موسس:

نوع آزمایشگاه: پاتوبیولوژی دولتی خصوصی
تشخیص طبی دولتی خصوصی

کد اقتصادی:

نشانی:

کد پستی: درج کد پستی جهت ارسال نمونه الزامی می باشد.

شماره تماس آزمایشگاه: شماره تلفن همراه مسئول فنی:

شماره تلفن همراه سوپر وایزر: نامبر:

پست الکترونیکی آزمایشگاه/ مسئول فنی:

لطفا برنامه های مورد درخواست خود را با علامت در خانه های مربوطه مشخص نمایید:

برنامه های عمومی پایه

<input type="checkbox"/> ۹۷-۱	<input type="checkbox"/> ۹۷-۲	<input type="checkbox"/> ۹۷-۳
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

برنامه های ایمنوهماتولوژی

<input type="checkbox"/> ۹۷-۱	<input type="checkbox"/> ۹۷-۲	<input type="checkbox"/> ۹۷-۳
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

برنامه های تکمیلی

تکمیلی ۱		تکمیلی ۲	
<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای بررسی مارکهای قلبی	<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای بررسی مارکهای قلبی
<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای آزمایش های TORCH IgG	<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای آزمایش های TORCH IgG
<input type="checkbox"/>	اسمیر برای بررسی از نظر BK	<input type="checkbox"/>	اسمیر برای بررسی از نظر BK
<input type="checkbox"/>	مارکهای تشخیصی سندروم داون	<input type="checkbox"/>	مارکهای تشخیصی سندروم داون
<input type="checkbox"/>	مولکولی هپاتیت B	<input type="checkbox"/>	مولکولی هپاتیت B
<input type="checkbox"/>	مولکولی TB	<input type="checkbox"/>	مولکولی TB

اینجانب دکتر موسس/مسئول فنی آزمایشگاه دارای

* کد ملی: با تأیید اطلاعات فوق مایل به ثبت نام در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت می باشم.