附件:2

赣州市检验医学室间质评申报表

单位名称： （盖章）年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 单位负责人 |  | 办公电话 |  |
| 检验科负责人  |  | 手机号码 |  |
| 缴（汇）款日期 |  | 金额（元） |  |
| 参评的项目（请在序号上打√）：□1、临床血液学检验（Hb、WBC、RBC 、PLT）□2、临床生化检验（TP、Alb、ALT、Urea、Cr、K、Na、CL）□3、临床免疫学检验（HBsAg）□4、血液、生化（Hb、WBC、RBC、PLT、TP、Alb、ALT、Urea、Cr、K、Na、CL）□5、生化、免疫（TP、Alb、ALT、Urea、Cr、K、Na、CL、HBsAg）□6、血液、免疫（Hb、WBC、RBC、PLT、HBsAg）□7、全套（Hb、WBC、RBC、PLT、TP、Alb、ALT、Urea、Cr、K、Na、CL、HBsAg） |
| 需说明的事项与建议： |

注： 1、因质控品需预先订制，请各单位填写本表后按时反馈我中心。

2、为使室间质评活动及时的得以落实，请检验科负责人一定要把手机号码填上，以便短信通知。

3、此表的反馈方式：

①电子邮箱： gzljzx@163.com ②邮寄地址：赣州市临床检验中心（章贡区兴国路51号）