

新生儿 G6PD 筛检检验院际品质保证计划参加申请单

申请人:		日期:
电话:	传真:	e-mail:
<p>1. 单位及实验室全名 (地址及网址)</p> <p>2. 实验室主持人 (姓名, 联络地址、电话、传真及 email)</p> <p>3. 品管检体收件相关信息 (收件人, 收件地址, 电话、手机、传真及 e-mail)</p> <p>4. 院际品管调查报告收件相关信息 (收件人, 收件地址, 电话、手机、传真及 e-mail)</p> <p>5. 贵单位使用的 G6PD 筛查试剂?  <input type="checkbox"/> 试剂盒, 厂牌: _____ 型号: _____  <input type="checkbox"/> 实验室制备, 检验方法:  <input type="checkbox"/> 荧光斑点测定法; <input type="checkbox"/> 比值法; <input type="checkbox"/> 其他: _____</p> <p>6. 贵单位使用何种筛查检体?  <input type="checkbox"/> Heel Blood ( <input type="checkbox"/> Whole Blood or <input type="checkbox"/> Dry Blood Spot );  <input type="checkbox"/> Cord Blood ( <input type="checkbox"/> Whole Blood or <input type="checkbox"/> Dry Blood Spot );</p> <p>7. 贵单位使用何种筛查采检滤纸厂牌?  <input type="checkbox"/> Whatman 903; <input type="checkbox"/> PerkinElmer 226; <input type="checkbox"/> Toyo Roshi 545; <input type="checkbox"/> 其他: _____</p> <p>8. 每天 G6PD 筛查检体平均数量?</p> <p>9. 贵单位如为商业实验室, 请提供贵单位使用的快递账号 ( 如顺丰快递, FedEx, DHL, UPS 及 TNT )</p>		
申请人签名		主持人签名

填写完成后, 请将此表格传真或 email 至预防医学基金会品管中心 <g6pd@g6pd.tw>;  
 Tel:+886-2-2703-6080; Fax: +886-2-2703-6070