

重庆市临床检验中心

室间质量评价样品补寄申请表	
文件编号: CQCCL-SOP-PT-006/001	版本状态: 第 2 版, 修改 0 次
执行日期: 2015/04/01	页码: 第 1 页, 共 1 页

申请实验室名称			
质评样品名称 (编号)			
申请补寄原因	<input type="checkbox"/> 样品缺失 <input type="checkbox"/> 样品溢洒 <input type="checkbox"/> 样品包装破损 <input type="checkbox"/> 其他: _____ _____		
申请实验室负责人签字		申请时间	

以上表格由申请实验室填写完整。

临检中心相关部门意见	<p style="text-align: right;">负责人签字: 日期:</p>
质评室处理结果	<p style="text-align: right;">经办人签字: 日期:</p>
备注	