

重庆市临床检验中心
室间质量评价活动参加单位信息确认表

单位名称及 科室			
联系人		联系电话	
联系地址			
申请参加 项目	临床检验专业医疗质量控制指标室间质量评价活动		
单位确认意见	本单位确认 申请参加由重庆市临床检验中心组织的临床检验专业医疗质量控制指标室间质量评价活动，并督促 按照活动安排按时上报数据，且提交的数据真实。 申请单位（公章） 时间： 年 月 日		