

「115 年度臺中市結核病/漢生病直接觀察治療 (DOTS) 執行計畫—結核病檢驗代檢」機構資格審核表

單位名稱：

負責人：

地址：

電話：

機構審核

*須為衛生福利部疾病管制署「115 年度結核病合約實驗室委託計畫」之合約實驗室

符合 不符合 原因：_____

審查日期：

審查人員：

衛生局審核結果：符合 不符合 原因：_____

審核日期：

審核人員： 科長：