

**「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：