



# 社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會

## 評估結果補發--注意事項

### 補發作業說明 ( 請詳讀 )

1. 本項服務為收費制，請先郵政劃撥繳費 ( 劃撥帳號：19759533 ； 戶名：台灣醫事檢驗學會。 )
2. 各科目的每次評估結果費用皆為 100 元。
3. 請將本申請表詳細填寫後，貼上郵政劃撥收據影本 ( 未貼劃撥收據影本者，恕不受理 )  
傳真至 02-89670031，傳真後請立即以電話向本委員會確認申請表已收到。
4. 基於對能力試驗計畫的參加者身份識別應予以保密，故非原參加單位不得申請；因此單位戳記部份請務必蓋章 ( 可確認參加單位的章即可 )，經本委員會確認後才予以補發。
5. 相關內容請務必填寫清楚，以免造成補發資料錯誤而影響 貴單位權益。
6. 本項服務因作業程序需要 10 個工作天，不便之處，敬請見諒。



# 社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會

## 評估結果補發申請書

### 參加單位基本資料 (請詳填)

機構代碼：\_\_\_\_\_ 機構名稱：\_\_\_\_\_

申請人簽章：\_\_\_\_\_ 單位主管簽章：\_\_\_\_\_ 單位戳記：\_\_\_\_\_

申請人聯絡電話：\_\_\_\_\_ 申請日期： 年 月 日

### 補發相關內容填寫：

#### A. 補發項目及費用

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 能力試驗參加證書：_____年   | <input type="checkbox"/> 生化：_____年，第_____次測試   |
| <input type="checkbox"/> 血液常規：_____年，第_____次測試   | <input type="checkbox"/> 尿液常規：_____年，第_____次測試   |
| <input type="checkbox"/> 膽紅素：_____年，第_____次測試  | <input type="checkbox"/> 心臟標幟：_____年，第_____次測試   |
| <input type="checkbox"/> 尿液微量白蛋白：_____年，第_____次測試  | <input type="checkbox"/> 血鉛：_____年，第_____次測試   |
| <input type="checkbox"/> 糖化血色素：_____年，第_____次測試  | <input type="checkbox"/> 白血球分類計數：_____年，第_____次測試  |
| <input type="checkbox"/> 血球形態觀察：_____年，第_____次測試   | <input type="checkbox"/> 血液凝固：_____年，第_____次測試   |
| <input type="checkbox"/> 血型檢驗：_____年，第_____次測試   | <input type="checkbox"/> 糞便潛血化學法：_____年，第_____次測試  |
| <input type="checkbox"/> 糞便潛血免疫法( <input type="checkbox"/> 定性 / <input type="checkbox"/> 定量)：  | <input type="checkbox"/> 鏡檢顯微照片( <input type="checkbox"/> 含體液 / <input type="checkbox"/> 不含體液)：          |
| <input type="checkbox"/> 腫瘤標幟( <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B)：_____年，第_____次測試   | <input type="checkbox"/> 激素檢驗( <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B)：_____年，第_____次測試 |
| <input type="checkbox"/> 血清蛋白( <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B)：_____年，第_____次測試   | <input type="checkbox"/> 梅毒血清：_____年，第_____次測試   |
| <input type="checkbox"/> Rubella IgG：_____年，第_____次測試  | <input type="checkbox"/> ANA：_____年，第_____次測試  |
| <input type="checkbox"/> 愛滋抗體篩檢：_____年，第_____次測試   | <input type="checkbox"/> 愛滋抗體確認：_____年，第_____次測試   |
| <input type="checkbox"/> 肝炎病毒標幟( <input type="checkbox"/> SHa / <input type="checkbox"/> SHb / <input type="checkbox"/> SHc<br>/ <input type="checkbox"/> SHd / <input type="checkbox"/> SHe)：_____年，第_____次測試 |  |
| <input type="checkbox"/> 細菌培養：_____年，第_____次測試   | <input type="checkbox"/> 細菌抹片：_____年，第_____次測試   |
| <input type="checkbox"/> 結核菌抹片：_____年，第_____次測試  | <input type="checkbox"/> 血庫：_____年，第_____次測試   |
| <input type="checkbox"/> (國健局/署)定量免疫法糞便潛血：<br>_____年，第_____次測試   | <input type="checkbox"/> (國健局/署)孕婦乙型鏈球菌：<br>_____年，第_____次測試   |
| <input type="checkbox"/> (疾管署)結核菌分子檢測：_____年，第_____次測試   | <input type="checkbox"/> (疾管局)愛滋抗體：_____年，第_____次測試  |
| <input type="checkbox"/> (疾管局)愛滋核酸：_____年，第_____次測試  | <input type="checkbox"/> (疾管局) B 型肝炎：_____年，第_____次測試  |
| <input type="checkbox"/> (疾管局)C、A 型肝炎：_____年，第_____次測試   | <input type="checkbox"/> (衛生署)生化：_____年，第_____次測試  |
| <input type="checkbox"/> (衛生署)血液常規：_____年，第_____次測試  | <input type="checkbox"/> (衛生署)尿液常規：_____年，第_____次測試  |

小計金額：\_\_\_\_\_元整

#### B. 郵政劃撥收據影本黏貼處 (未貼劃撥收據影本者，恕不受理)

\*如空間不足，請另外傳真郵政劃撥收據影本，並註記 貴單位機構代碼與機構名稱，謝謝!