

**骨髓微小残存病変量測定施設
認定申請書（更新）
（衛生検査所用）**

西暦 年 月 日

一般社団法人日本小児血液・がん学会 理事長殿

本施設は、骨髓微小残存病変量測定施設の認定(更新)を受けたく、資料を添えて申請致します。

フリガナ			
申請施設名			
フリガナ	姓	名	公 印
申請施設長 氏 名			
フリガナ	姓	名	印
測定責任者 氏 名			
所在地	〒 -		
電話		FAX	
測定責任者 E-mail			
フリガナ	姓	名	
事務担当者 氏 名			
事務担当者 E-mail			

以下は事務局記入欄です。

受付番号	施 第 号
受付年月日	

施設認定番号	第 号	認定年月日	年 月 日
認定期間	自 年 月 日 ～ 至 年 月 日		

**骨髓微小残存病変量測定施設
施設概要登録書(衛生検査所用)**

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名・責任者名

フリガナ		
申請施設名		
フリガナ	姓	名
測定責任者氏名		

貴施設について以下の設問にご回答ください。

設問 1	急性リンパ性白血病患者の ALL 細胞の Ig/TCR 遺伝子再構成の配列を決め、患者特異的なプライマー設計ができますか？	<input type="checkbox"/> 自施設でできる <input type="checkbox"/> EuroMRD 認定施設に委託する※ 委託施設名 [_____] <input type="checkbox"/> できない
設問 2	患者特異的なプライマーを用いてリアルタイム PCR によるフォローアップ検体の MRD 量の測定と結果の解析ができますか？	<input type="checkbox"/> 自施設でできる <input type="checkbox"/> EuroMRD 認定施設に委託する※ 委託施設名 [_____] <input type="checkbox"/> できない
設問 3	設問 1 及び 2 を実施するための設備、機器、人員を要していますか？（人員には PCR-MRD 認定施設で十分な研修を受けた常勤技術員を 2 名以上含むこと） 注：「常勤」とは、週 20 時間以上勤務していることとします。	<input type="checkbox"/> 自施設に要している <input type="checkbox"/> EuroMRD 認定施設に委託する※ 委託施設名 [_____] <input type="checkbox"/> 要していない
	上記人員について、2 名ご記入ください。	
	所属 _____ 役職 _____ 氏名 _____ 経験年数 _____ 年	
	所属 _____ 役職 _____ 氏名 _____ 経験年数 _____ 年	
設問 4	EuroMRD 認定施設で解析した DNA 試料 3 症例分において、設問 1 及び 2 の行程で全て一致した結果を得ることができますか？	<input type="checkbox"/> 自施設でできる <input type="checkbox"/> EuroMRD 認定施設に委託する※ 委託施設名 [_____] <input type="checkbox"/> できない

※ EuroMRD 認定施設から発行された精度管理ラウンド合格証明書を添付してください。