

**骨髓微小残存病変量測定施設
認定申請書（新規）
（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 10 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 認定施設に委託する場合は、その委託内容の資料をご提出ください。

** 結果の一致を確認できる DNA 試料 10 症例分の資料をご提出ください。