様式１

**骨髄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、骨髄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 | | |

様式2

**骨髄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？ | | □自施設でできる  □EuroMRD認定施設に委託する※  委託施設名[　　　　　　　　]  □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？ | | □自施設でできる  □EuroMRD認定施設に委託する※  　委託施設名[　　　　　　　　]  □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。 | | □自施設に要している  □EuroMRD認定施設に委託する※  委託施設名[　　　　　　　　]  □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？ | | □自施設でできる  □EuroMRD認定施設に委託する※  委託施設名[　　　　　　　　]  □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。