Tên Phòng xét nghiệm/ Chẩn đoán hình ảnh:

*Name of medical laboratory/Imaging medical facility:*

Tổ chức đăng ký công nhận/ Cơ quan chủ quản:

*Name of applicant/ Organization:*

Địa chỉ/ *Address*:

Số hiệu/ *Code*:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên chương trình** ***Name of program*** | **Nhà cung cấp*****EQAS provider*** | **Mẫu** ***Kind of sample*** | **Thời gian*****Time*** | **Tên chỉ tiêu*****Name of medical test*** | **Kết quả** **Z-score** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Ghi chú: Liệt kê các chương trình EQAS, so sánh liên phòng thực hiện trong vòng 3 năm gần nhất*

*Note: List all of EQAS / interlaboratory comparision perform in last 3 years*

 *Ngày tháng năm*

 *Date*

 Đại diện Phòng thí nghiệm/ *Laboratory representative*

 (ký tên/Sign)