

# 能力验证计划报名表

记录编号：

项目名称	血清中睾酮测定	计划编号	BY -PT02(02)-2023
实验室名称		通讯地址	
联系人		联系电话	
邮政编码		联系邮箱	
获得实验室认可情况	<input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CNAS <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	编号：_____		
该检测项目资质情况	是否获得实验室认可 <input type="checkbox"/> 是    编号：_____ <input type="checkbox"/> 否		
拟采用检测方法	同位素稀释液相色谱-串联质谱法		
结果通知单格式	<input type="checkbox"/> 电子版 <input type="checkbox"/> 纸质版		
说明： 1、参加实验室应独立地完成能力验证计划项目的试验； 2、在能力验证结果报告中，出于为实验室保密原因，均以实验室参加代码表述； 3、若参加实验室的名称、地址、联系人、联系电话和邮箱等资料变更，需邮件通知我司； 4、能力验证计划报名回执、样品邮寄通知以及能力验证结果报告等重要信息均会发送到联系邮箱，请参加实验室留意； 5、能力验证计划相关信息可在 <a href="http://www.dlbymed.com">www.dlbymed.com</a> 网站下载； 6、参加实验室报名成功并确认后，不得无故退出本次计划； 7、若因参加实验室原因无法完成本次能力验证计划，已缴纳的报名费不予退还； 8、对于结果满意的参加实验室，可作为其相关检验检测项目的能力证明。对出现了可疑值和不满意结果的实验室，建议展开纠正措施。 <p style="text-align: right;">实验室负责人签名（盖章）： 日期：</p>			

备注：请将加盖公章的报名表扫描件发送至电子邮箱（pt@dlbymed.com）。