**第3回JSTB透析液成分濃度測定装置認証試験申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事務局記載：申請書受取年月日：　　年　　月　　日）

　　　**１、申請**

|  |  |
| --- | --- |
| **製造販売業者** |  |
| **試験責任者** |  |
| **所在地** | 〒 |
| **連絡先(e-mail)** |  |
| **認証試験装置の合計数** |  |
| **２、認証試験を受ける測定装置（装置名および型番毎に記載して下さい。）****下記は3機種分を用意しています。もし不足します場合は、コピーして追加して下さい。**（事務局記載：整理番号　　　－　　　　） |
| **装置名および型番：** |
| **測定項目：**認証試験を受ける測定項目名（Na, K, Cl, pH, HCO3）を記入してください。 |
| **(1)　電解質系** |  |
| **(2)　血液ガス系** |  |
| **中間精度：**中間精度の結果を下記の所定の欄にご記入してください。 |
| **(1) JCCRM300による校正記録**　 **・校正実施の有無（該当するものに○印する）：　有　　無****・校正実施が有の場合は、実施した年月日：　　　年　　月　　日****(2) 測定結果**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **実施期間** | **電解質系：　　　　～** | **血液ガス系：　　　　～** |
| **使用試料名** | **電解質系：** | **血液ガス系：** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項目名** | **Na** | **K** | **Cl** | **pH** | **HCO3** |
| **N（日数）** |  |  |  |  |  |
| **平均値（単位）** |  |  |  |  |  |
| **最大値（単位）** |  |  |  |  |  |
| **最小値（単位）** |  |  |  |  |  |
| **範囲（単位）** |  |  |  |  |  |
| **SD（単位）** |  |  |  |  |  |
| **CV（%）** |  |  |  |  |  |

 |

（事務局記載：整理番号　　　－　　　　）

|  |
| --- |
| **装置名および型番：** |
| **測定項目：**認証試験を受ける測定項目名（Na, K, Cl, pH, HCO3）を記入してください。 |
| **(1)　電解質系** |  |
| **(2)　血液ガス系** |  |
| **中間精度：**中間精度の結果を下記の所定の欄にご記入してください。 |
| **(1) JCCRM300による校正記録****・校正実施の有無（該当するものに○印する）：　有　　無** **・校正実施が有の場合は、実施した年月日：　　　年　　月　　日****(2) 測定結果**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **実施期間** | **電解質系：　　　　～** | **血液ガス系：　　　　～** |
| **使用試料名** | **電解質系：** | **血液ガス系：** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項目名** | **Na** | **K** | **Cl** | **pH** | **HCO3** |
| **N（日数）** |  |  |  |  |  |
| **平均値（単位）** |  |  |  |  |  |
| **最大値（単位）** |  |  |  |  |  |
| **最小値（単位）** |  |  |  |  |  |
| **範囲（単位）** |  |  |  |  |  |
| **SD（単位）** |  |  |  |  |  |
| **CV（%）** |  |  |  |  |  |

 |

（事務局記載：整理番号　　　－　　　　）

|  |
| --- |
| **装置名および型番：** |
| **測定項目：**認証試験を受ける測定項目名（Na, K, Cl, pH, HCO3）を記入してください。 |
| **(1)　電解質系** |  |
| **(2)　血液ガス系** |  |
| **中間精度：**中間精度の結果を下記の所定の欄にご記入してください。 |
| **(1) JCCRM300による校正記録****・校正実施の有無（該当するものに○印する）：　有　　無** **・校正実施が有の場合は、実施した年月日：　　　年　　月　　日****(2) 測定結果**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **実施期間** | **電解質系：　　　　～** | **血液ガス系：　　　　～** |
| **使用試料名** | **電解質系：** | **血液ガス系：** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項目名** | **Na** | **K** | **Cl** | **pH** | **HCO3** |
| **N（日数）** |  |  |  |  |  |
| **平均値（単位）** |  |  |  |  |  |
| **最大値（単位）** |  |  |  |  |  |
| **最小値（単位）** |  |  |  |  |  |
| **範囲（単位）** |  |  |  |  |  |
| **SD（単位）** |  |  |  |  |  |
| **CV（%）** |  |  |  |  |  |

 |

**３、認証試験試料の送付先**

|  |
| --- |
| 会社名・部署名： |
| 試料受取者名： |
| 所在地：〒 |
| 電話番号： | Fax番号： |
| e-mail： |

**◆認証の申請先**

　**2019年6月26日**までに申請書を下記のアドレスにメール添付にてご送付ください。

**透析液成分濃度測定装置認証試験事務局**

e-mail：diadata@reccs.net

　TEL：045-507-6132