

คำรับรองการธำรงรักษาระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์  
ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว ..... นามสกุล.....

ตำแหน่ง .....  ผู้บริหาร  ผู้รับมอบอำนาจ

ในนามของหน่วยงาน .....

รหัสหน่วยงาน 5 หลัก/9หลัก ..... หมายเลขทะเบียนใบรับรอง .....

ตั้งอยู่ที่ เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์.....มือถือ..... โทรสาร.....

Email ที่ติดต่อได้ .....

ขอรับรองว่า

1. ได้บริหารจัดการระบบบริหารคุณภาพของห้องปฏิบัติการ/หน่วยบริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข และนโยบาย ข้อกำหนด และเงื่อนไขการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรับรอง และยินยอมให้ตรวจประเมินระบบบริหารจัดการคุณภาพได้ โดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า

2. ได้นำส่งสำเนาฉบับปัจจุบัน หรือ รายละเอียดข้อมูล ดังนี้

2.1 รายงานผลการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ ได้แก่ เข้าร่วมการทดสอบความชำนาญ (Proficiency Test ,PT) หรือผลการเปรียบเทียบระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlaboratory comparison) ในรายการทดสอบพื้นฐานตามสาขางานที่เปิดให้บริการ หรือตามภารกิจบริการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ

2.2 รายงานผลการตรวจติดตามระบบบริหารคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ (Internal audit)

2.3 รายงานผลการทบทวนระบบบริหารคุณภาพ (Management review)

ลงชื่อ .....ผู้ให้คำรับรอง

(.....)

หมายเหตุ รายละเอียดข้อมูล ได้บันทึกผ่านระบบอินเตอร์เน็ตเป็นที่เรียบร้อยแล้ว