

上海市食品药品检验所 能力验证计划报名表

编号：

计划名称		计划编号	
实验室名称			
实验室 资质情况	是否获实验室认可： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，证书编号： _____ 是否获检验检测机构资质认定： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，证书编号： _____ 其他资质： _____		
通讯地址			
联系人		邮政编码	
电话(必填)	传真	E-Mail (必填)	
参加的测试 项目	<input type="checkbox"/> 全部参加 <input type="checkbox"/> 部分参加（列出参加的项目）		
测试项目为	<input type="checkbox"/> 全部获认可 <input type="checkbox"/> 全部获认证 <input type="checkbox"/> 全部非认可 <input type="checkbox"/> 全部非认证 <input type="checkbox"/> 部分获认可 <input type="checkbox"/> 部分获认证 （列出项目名称） （列出项目名称）		
说明： 1. 实验室填好报名表并返回实施机构； 2. 实验室应独立完成能力验证项目的试验； 3. 在能力验证结果报告中，出于为实验室保密原因，均以实验室的参加代码表述。			
实验室负责人： 年 月 日			