

茨城県知事 殿

医療機関所在地  
医療機関名  
代表者名  
T E L  
メールアドレス

子宮頸がん検診登録精密検査医療機関登録申請書

子宮頸がん検診登録精密検査医療機関の登録について、下記のとおり申請します。

記

1. 細胞診実施体制
  - ・自院において実施する
  - ・外注する（外注先： )
2. HPV 核酸検出実施体制
  - ・自院において実施する
  - ・外注する（外注先： )
3. 病理組織診断実施体制
  - ・自院において実施する
  - ・外注する（外注先： )
4. 精密検査を担当する医師（2名以上の場合は、別に作成してください）

医師氏名	常勤・非常勤 の別	(非常勤の場合) ・医師の勤務先及び住所 ・検査後の出血等に対応できる連携先の医療機関名	備考
	常勤 ・ 非常勤	(勤務先) (住所)  (検査後の出血等に対応できる連携先の医療機関名)	
	常勤 ・ 非常勤	(勤務先) (住所)  (検査後の出血等に対応できる連携先の医療機関名)	

\* 日本産科婦人科学会の産婦人科専門医である場合、備考欄に「専門医」と記載すること。

5. 確定診断の状況（過去3年間の状況を記載すること）

年度	年度	年度	年度	参考（申請年度）
確定診断件数	例	例	例	例 ( 月未現在)

6 登録要件の遵守について

- (1) 県が、検診の精度管理のために行う精密検査結果の追跡調査に協力いたします。
- (2) 子宮がん部会が指定する研修会に参加して、診断技術の向上、精度管理等に努めます。

【本申請書に関する照会先】

部 署 名  
担 当 者 名