

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更新申請書

子宮頸がん検診登録精密検査医療機関の登録の更新について、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（4名以上の場合は、別に作成すること）

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 末 現 在 )

6. 子宮がん部会が指定する研修会への参加状況（過去3年間の状況を記載すること）

参加年月日	研修会の名称	主催者名	参加者氏名

\*参加を証明する受講証等の写しを添付すること。欄が不足する場合は別に作成すること。

【本申請書に関する照会先】

部 署 名
担 当 者 名