様式第２号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　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検診機関（医療機関）登録申請書**

子宮頸がん検診登録検診機関（医療機関）の登録について、下記のとおり申請します。

記

　○検診担当医師の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医　師　氏　名 | 常勤・非常勤の別 | 備　　　　考 |
|  | 常勤　・　非常勤 |  |
|  | 常勤　・　非常勤 |  |
|  | 常勤　・　非常勤 |  |
|  | 常勤　・　非常勤 |  |
|  | 常勤　・　非常勤 |  |

　※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」と記入すること。

【本申請書に関する照会先】

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 担当者名 |  |