番　　　　　号

様式第７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 |  |