

(様式第 4 号)

子宮がん検診精密検査医療機関登録申請書 (新規 ・ 更新)

令和 年 月 日

三重県知事 様

住 所 〒 ー
開設者
(法人名)
代表者名

三重県がん検診精密検査医療機関登録制度実施要領に基づく子宮がん精密検査医療機関の登録要件をすべて満たしていますので、下記により申請いたします。

登録医療機関	名 称			
	住 所	〒 ー		
	電話番号			
精密検査 責任者	診 療 科			
	ふりがな			
	医 師 名			
事務担当	部署・氏名		電話番号	
	メールアドレス		FAX 番号	

1. 精密検査について

① 細胞診、コルポスコープ、組織診を実施し、確定診断ができる。(可 ・ 否)

2. 装置について

① コルポスコープが整備されている。(適 ・ 否)

3. 担当医師について

① 日本産科婦人科学会専門医がいる。(適 ・ 否)

4. その他(※③については、治療を行う医療機関を対象としています。)

① がん登録に協力できる。(可 ・ 否)

② 検診実施機関へ精密検査結果の報告ができる。(可 ・ 否)

※③ 「三重県産婦人科癌登録事業」に協力できる。(可 ・ 否)