（様式第２号）

香川県子宮頸がん検診精密検査協力医療機関届出書

　　年　　月　　日

　香川県知事　殿

医療機関名：

代表者職氏名：

香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、子宮頸がん検診精密検査協力医療機関としての要件を満たすため、下記のとおり届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 郵便番号 | |  |
| 住所 | |  |
| 精密検査  責任者 | 診療科名 |  |
| 医師名 |  |
| 事務担当 | 部署・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

１　子宮頸がん検診精密検査に携わる医師名（該当する資格にチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 医　師　名 | 専門医の資格 |
|  | 日本産科婦人科学会専門医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 日本産科婦人科学会専門医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 日本産科婦人科学会専門医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 日本産科婦人科学会専門医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 日本産科婦人科学会専門医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２　機器保有状況及び検査実施の可否（該当する項目にチェックしてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 機器保有の有無及び検査実施の可否 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 |
| 双眼コルポスコープ | 有　　　無 | 件 | 件 |
| ＨＰＶ検査 | 可　　　否 | 件 | 件 |
| 生検 | 可（自施設あるいは外部委託機関）  　否 | 件 | 件 |