

鳥取県子宮がん検診精密検査医療機関登録届出書

医療機関名
(診療科名) _____

担当医師氏名 _____

所在地 (〒 _____)

TEL (_____) _____

1 コルポスコープ

機種 _____ 型式 _____

2 令和 _____ 年度のコルポ診施行例数 _____ 例

3 過去 3 年間に於いて、子宮頸がん検診及び発見例の精査・治療における偶発例がありましたか。 該当に丸で囲む ⇒ (有・無) 有りの場合 (症例数 _____ 例)

4 子宮がん検診従事者講習会及び子宮がん検診症例検討会出席状況

※過去 3 年間の出席したものに○をしてください。

開催年度	出席したもの
令和 _____ 年度 (_____ 年度)	
令和 _____ 年度 (_____ 年度)	
令和 _____ 年度 (_____ 年度)	

当医療機関は、鳥取県子宮がん検診精密検査医療機関登録に基づく登録必要条件を満たしていますので、届け出いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設長氏名

印

鳥取県健康対策協議会会長 様

*担当医師が複数の場合は、医師ごとに担当医師氏名と 4 を記入し、本様式を添付してください。