年　　月　　日

熊本県がん検診従事者(機関)認定協議会
　　子宮がん部会長　様

住　　所
フリガナ
医療機関名
フリガナ
代表者氏名　　印

TEL

子宮がん精密検査機関認定登録〔新規〕申請書

（該当するもの全てに☑を付けること）

このことについて、下記のとおり所定の要件を満たしているので、認定審査手数料を添えて申請します。
なお、子宮がん精密検査機関の認定登録条件等の２の遵守事項につきましては、これを遵守することを約束します。

記

1. ☐　コルポスコープ診下で病巣を確認し、ねらい切除が自己機関で実施可能

2. 細胞診による検査が実施可

☐ ①自己機関

☐ ②他 機 関(委託先機関名　　)

検査責任者氏名

細胞診指導医氏名・認定登録番号

細胞検査士氏名・認定登録番号

3. 組織診による検査が実施可能

☐ ①自己機関

☐ ②他 機 関(委託先機関名　　)

検査責任者氏名

病理組織診断医氏名・認定登録番号

4. ☐　緊急事態に対処できる施設設備を有すること

5. ☐　担当医師は十分な研修歴を有する事

（裏面に氏名、略歴、研修歴などを記載すること）

6. 認定登録がなされた場合、熊本県医師会インターネットホームページへ掲載致します。

（裏面に続く）

担当医師名及び略歴・研修歴等を記載すること

（1）担当医師氏名（フリカ゛ナ）

（2）担当医師の略歴（最終学歴、勤務歴、所属学会等）

（3）研修歴等

上記申請内容に相違ありません。

年　　月　　日

記入責任者氏名（フリガナ）

(注)1. 認定審査手数料１万円を添えて申請すること。
2. 細胞診及び組織診による検査を他機関に委託して実施する場合は、委託契約書の写しを添付すること。
また、検査責任者の氏名、細胞診指導医・細胞検査士・病理組織診断医の氏名・認定登録番号(学術団体の認定登録番号)を記載すること。
3. 担当医師の研修歴は、講習会等の出席状況を裏面に記載すること。講習会等とは「熊本県がん検診従事者(機関)認定協議会がん検診従事者講習会(子宮がん検診従事者)」「日本産婦人科医会研修会」「日本産科婦人科学会」等
4. フリガナは必ず記載すること。