

番 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検診機関（医療機関）登録申請書

子宮頸がん検診登録検診機関（医療機関）の登録について、下記のとおり申請します。

記

○検診担当医師の状況

| 医師氏名 | 常勤・非常勤の別 | 備考 |
|------|----------|----|
| | 常勤 ・ 非常勤 | |
| | 常勤 ・ 非常勤 | |
| | 常勤 ・ 非常勤 | |
| | 常勤 ・ 非常勤 | |
| | 常勤 ・ 非常勤 | |

※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」と記入すること。

【本申請書に関する照会先】

| |
|------------------|
| 部 署 名 担 当 者 名 |
|------------------|