

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）登録更新申請書

子宮がん検診登録検診機関（医療機関）の登録の更新について、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
------------------