令和　　年　　月　　日

佐賀県がん検診一次検診・精密検査医療機関の登録申請書（子宮がん）

（令和６年度分）

佐賀県知事　様
（健康福祉政策課扱い）

〒　　－
所在地
TEL
E-mail
医療機関名
代表者名
担当者名

下記の登録要件を満たし、子宮がん検診一次検診・精密検査医療機関として登録を申請します。
また、必要に応じ、研修会の受講歴について佐賀県医師会等関係機関への確認を行うことに同意します。

□　下記の登録要件のうち、①を満たしているため、佐賀県市町子宮がん検診広域化事業の**一次検診医療機関**として登録を申請します。

□　下記の登録要件のうち、②を満たしているため、**精密検査医療機関**として登録を申請します。

（　登録を希望する項目の□にチェック（一次及び精密に登録する場合は、両方にチェックが必要）をし、下記登録要件の回答欄に〇を付けてください。
※要件を満たしていない場合は、登録されません。）

記

１　登録要件の確認

①「一次検診医療機関」登録要件

登録要件	回答欄
１　佐賀県産婦人科医会または日本産科婦人科学会の会員であること	はい ・ いいえ
２　子宮がんに関係する講習会（学会、研修会等）を、原則として年１回受講すること	はい ・ いいえ
３　子宮がん検診の実施要領の要件を満たしていること ※細胞診の病理診断については外注も可とする	はい ・ いいえ
一次検診登録内容に関する項目	回答欄
実施可能な検診の種類（両方、又は片方に〇を付けてください）	頸がん　・　体がん

②「精密検査医療機関」登録要件

登録要件	回答欄
１　佐賀県産婦人科医会または日本産科婦人科学会の会員であること	はい ・ いいえ
２　子宮がんに関係する講習会（学会、研修会等）を、原則として年２回受講すること。 うち１回は子宮（頸）がんに関する指定の研修会であること	はい ・ いいえ
３　精密検査の結果を市町に報告し、また必要に応じ情報を提供すること	はい ・ いいえ
４【子宮頸がん検診】コルポスコピー検査及び子宮頸部生検を実施していること	はい ・ いいえ
５【子宮体がん検診】子宮内膜生検を実施していること	はい ・ いいえ
６　原則として、全国がん登録に協力すること	はい ・ いいえ

２　講習会（学会、研修会等）受講歴（過去１年間の受講歴をご記入ください。）

（受講日）	（研修会の名称）	（参加した医師の氏名）
・令和　　年　　月　　日		
・令和　　年　　月　　日		
・令和　　年　　月　　日		
・令和　　年　　月　　日		