様式１

**精密検査実施医療機関登録申請書【新規／更新】**

　このことについて、当医療機関は「島根県精密検査実施医療機関登録」に基づく登録必要条件を満たしていますので、下記のとおり登録の届け出をいたします。

　　　年　　　月　　　日

島根県生活習慣病検診管理指導協議会会長　様

1. **登録医療機関の情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 代表者 |  |
| 調査問合せ先 | （課・室名）　　　　　　　　　（担当者名） |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Emailアドレス |  |

1. **登録内容**

**（１）登録希望のがん種別**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 登録希望 | 受診方法 |
| 注意事項・受診者へ知らせたいこと等 |
| 胃がん |  |  |
| 肺がん |  |  |
| 大腸がん |  |  |
| 子宮がん |  |  |
| 乳がん |  |  |

**（２）登録基準の確認（登録基準は別紙参照）**

　　様式３に沿って医療機関の状況をご記入いただき、併せて提出ください。