　様式２

**精密検査実施医療機関登録申請書【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、下記のとおり更新登録の届け出をいたします。

令和　　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 |  |

1. **令和　年度登録更新について**

**（１）登録の更新希望のがん種別**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 届出希望 | | 受診方法 |
| 注意事項・受診者へ知らせたいこと等 |
| 希望あり | 希望なし |
| 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）**

　□　昨年度登録時と変更がなく、かつ別添基準を満たす　⇒　様式２のみ提出ください

　□　昨年度登録時と変更あり　⇒　該当するがん種別について様式３も提出ください