番　　　　　号

様式第４号

年　　月　　日

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｔ Ｅ Ｌ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

**子宮頸がん検診登録検査機関登録申請書**

子宮頸がん検診登録検査機関の登録について、下記のとおり申請します。

記

　○検査機関名：

１．細胞診従事者の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 細 胞 診 従 事 者 | 氏　　名 | 常勤・非常勤の別 |
| 日本臨床細胞学会認定細胞診専門医 |  | 常勤　・　非常勤 |
| 〃 |  | 常勤　・　非常勤 |
| 日本臨床細胞学会認定細胞検査士 |  | 常勤　・　非常勤 |
| 〃 |  | 常勤　・　非常勤 |
| 〃 |  | 常勤　・　非常勤 |

２．検体の種別及び年間処理受託検体数（過去３年間の状況を記入すること）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 総　数　（件） | | | | 総数のうち、市町村検診分 | | | | | |
| 市町村検診分検体数 | | | 受託市町村数 | | |
| 年度 | | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 |
| 子  宮 | 頸部 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 体部 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 喀　痰 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| その他 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 総　数  （件・数） | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |

３．検査実施体制

（１）ダブルチェック実施体制（該当する番号に○をつけること）

|  |  |
| --- | --- |
| 実施体制 | １．ある　　　　２．ない |
| 対象検体 | １．全検体　　　２．疑陽性以上　　　３．その他（　　　　　　　　　　） |
| 担当者 | １．細胞検査士　２．細胞検査士と細胞診専門医　３その他（　　　　　　） |

　　※ダブルチェックとは、検体のスクリーニングを２名以上（細胞検査士、または細胞診専門医）により実施することを

　　意味する。

（２）最終診断実施体制（スクリーニング実施後の最終診断実施方法および最終診断担当者）

　　　①クラス（　　　）以上の検体について実施

　　　②その他について実施（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　③最終診断担当者　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（３）要精検者の追跡調査実施（該当する番号に○をつけること）

|  |  |
| --- | --- |
| 実施体制 | １．ある　　　　　２．ない |
| 追跡調査率 | （　　　　）％ |
| 細胞診陽性者の過去の  成績との調査・検討の有無 | １．行っている　　２．行っていない |

　　※追跡調査とは、要精検者が出た場合、その患者について追跡し、生検や組織診断など最終診断を確認すること

４．検体の保存期間　　　　　（　　　　　）年

５．子宮がん部会が指定する研修会への参加状況（過去３年間の状況を記入すること）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加年月日 | 研修・講習会等の名称 | 主 催 者 名 | 参 加 者 氏 名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

【本申請書に関する照会先】

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 担当者名 |  |