

令和 年 月 日

精密検査実施医療機関 御中

実施機関住所

実施医療機関名

T E L

担当医師名

㊞

子宮がん検診精密検査依頼書

平素より、格別のご支援とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

この度、 様が子宮がん検診において要精検となりました
ので、ご精査の程よろしく願いいたします。

なお、精検結果が判明したい、精密検査結果報告書にご記入の上、都城市北諸県
郡医師会事務局宛にご提出くださいますようお願いいたします。

※ 精密検査実施医療機関が都城市北諸県郡以外の場合は、恐れ入りますが都
城市健康課宛にご郵送ください。

都城市健康課

〒885-8555 都城市姫城町6-21

電話 (0986) 23 - 2765