

(様式3)

大腸がん検診精密検査機関変更届

年 月 日

宮崎県生活習慣病検診管理指導協議会長 殿  
(市郡医師会経由)

開設者住所〒

開設者氏名

印

大腸がん検診精密検査機関の登録事項に変更が生じたので、下記のとおり届出をします。

機関の名称		
機関の所在地	〒	
電話番号		
	変 更 の 事 由	変 更 の 内 容
<input type="checkbox"/> 機関の名称	<input type="checkbox"/> 機関の所在地 <input type="checkbox"/> 検診従事医師 <input type="checkbox"/> 登録の抹消 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(変更前) (医師の変更の場合は現登録の医師名を記入)
<input type="checkbox"/> 機関の所在地		(変更後)
<input type="checkbox"/> 検診従事医師		
<input type="checkbox"/> 登録の抹消		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

※変更の事由が検診従事医師の場合は、別紙を提出すること。

文書取扱 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_

(変更届 別紙)

1 検診従事医師について

ふり 氏	が な 名			
診 療 科 目				
大腸がん診断従事年数 (年)				
全大腸内視鏡検査数 (年平均人)				
S状結腸内視鏡検査数 (年平均人)				
注 腸 検 査 数 (年平均人)				
所 属 の 学 会 名				
認定医・専門医の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
有 の 場 合 学 会 名				

## 2 研修会受講状況※

ふり 氏	がな 名	年 月 日	研 修 会 名
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

研修会受講証明書（コピー）を貼る位置

（ 県外の学会等を受講された場合のみ研修会受講証明書  
（コピー）を貼ること。  
（別紙でも可） ）

※審査対象となる研修期間は1年間（4月1日登録の場合：登録前年の1月～12月、  
10月1日登録の更新前の場合：登録前年の7月～当年6月）である。