

(様式 1 - 2)

胃がん検診（胃内視鏡検査）実施機関登録申請書

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

胃がん検診（胃内視鏡検査）実施機関としての登録を申請します。

1 機関の名称

2 機関の所在地 〒

電話（ ） ー

3 検診従事医師名

文書取扱 _____
担当者名 _____

(別紙)

1 検診従事医師 (条件: 2名以上の読影医師)

氏 <small>ふ り が な</small> 名			
診 療 科 目			
内視鏡検査従事年数 (年)			
内 視 鏡 検 査 数 (年 平 均 人)			
所 属 学 会			
認 定 医 等 の 有 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
有の場合その名称			

2 内視鏡画像の撮影枚数
約 _____ 枚

3 内視鏡検査について
上部消化管内視鏡
機種名 ()

4 内視鏡検査の方法
日本消化器がん検診学会の方式で
実施している ・ 実施していない (該当するものに○印)

5 読影におけるダブルチェック (該当するものに○印)
実施している ・ 実施していない

6 検査医師を積極的に学会、研修会に参加させているか
参加させている (年 _____ 回)
参加させていない

7 研修会受講状況※

ふりがな 氏名	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	

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日登録の場合：登録前年の7月～当年6月）である。