（様式１）

肺がん検診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 |

 肺がん検診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（ ） 　 －

 ３ 読影医師名

 細胞診専門医師名

 細胞検査士名

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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　 |  |  |  |
| 診療科目 |  |  |  |
| 従事年数(年) |  |  |  |
| 所属の学会名 |  |  |  |
| 認定医・専門医の有無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 有の場合学会名 |  |  |  |

 ２ 細胞診専門医、細胞検査士

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　 |  |  |  |
| 従事年数（年） |  |  |  |
| 所属の学会名 |  |  |  |
| 認定医・専門医の有無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 有の場合学会名 |  |  |  |

 ３ 二重読影について

 可 ・　　不可 （該当するものに○印）

　４　比較読影について

　　　　　可　　・　 不可　　(該当するものに○印)

　５　細胞診について

　　　①　可　　・　 不可　　(該当するものに○印)

　　　②　他機関委託の場合には、その機関名

 ６　研修会受講状況※

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 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 |  |

|  |
| --- |
|  　　　　　　　研修会受講証明書（コピー）を貼る位置　 県外の研修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。