

(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 () ー

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)

ふり 氏	がな 名			
診療科目				
肺がん診断 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 ・ 無
有の場合学会名				

2 細胞診専門医、細胞検査士

ふり 氏	がな 名			
肺がん診断 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 ・ 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※

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	

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。