（様式１）

大腸がん検診精密検査機関登録申請書

　　 　 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 |

大腸がん検診精密検査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 検診従事医師名

文書取扱

担当者名

（別紙）

１ 検診従事医師について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 大腸がん診断従事年数  (年) |  |  |  |
| （年平均人） |  |  |  |
| Ｓ状結腸内視鏡検査数  （年平均人） |  |  |  |
| （年平均人） |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |
|  |  |  |  |

２　全大腸内視鏡検査について

　①　実施している　・　実施していない（該当するものに○印）

　　② 実施している場合

　　　　＊内視鏡の機種名

３ S状結腸内視鏡検査について

　①　実施している　・　実施していない（該当するものに○印）

　　② 実施している場合

　　　　＊内視鏡の機種名

４ 注腸エックス線検査について

①　実施している ・ 実施していない （該当するものに○印）

５ 生検について

　① 可　・　不可 （該当するものに○印）

②　不可で他機関委託の場合には、その機関名及び所在地

機関名

所在地

６ 病理診断について

①　生検標本 可 ・ 不可 （該当するものに○印）

②　切除標本 可 ・ 不可 （該当するものに○印）

③　不可で他機関委託の場合には、その機関名及び所在地

機関名

所在地

７ ポリペクトミーについて

　① 可　・　不可 （該当するものに○印）

②　不可で他機関委託の場合には、その機関名及び所在地

機関名

所在地

８　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 |  |
|  | 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。