

(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

ふり 氏	が 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 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※

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日登録の場合：登録前年の7月～当年6月）である。