（様式２）

肺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 |

 肺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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 肺がん診断従事年数　　　　　　　　　（年） |  |  |  |
| (年平均人) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 　有　・　無 |  　有　・　無 |  有　・　無 |
|  |  |  |  |

 ２ ＣＴについて

 可 ・ 不可 （該当するものに○印）

 ３ 手術について

 ①　可　　　・　　不可 （該当するものに○印）

 ② 可能な場合には、その実施数（年平均）　　（　　　　人）

 ③　他機関委託の場合には、その機関名

 ４ 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。