（様式２）

胃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 |

胃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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 内視鏡検査従事年数  （年） |  |  |  |
| （年平均人） |  |  |  |
| 所　属　学　会 |  |  |  |
| 認定医等の有無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 有の場合その名称 |  |  |  |

２ 内視鏡検査について

（１）上部消化管内視鏡

　　　　　機種名（　　 　 ）

３ 生検について

（１）可 ・ 不可 （該当するものに○印）

４ 病理診断

（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

　５　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 |  |

|  |
| --- |
| 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。