（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。