

(様式5)

肺がん検診実施機関変更届

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



肺がん検診実施機関としての登録事項に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

機関の名称		
機関の所在地	〒	
電話番号		
	変 更 の 事 由	変 更 の 内 容
<input type="checkbox"/> 機関の名称 <input type="checkbox"/> 機関の所在地 <input type="checkbox"/> 検診従事医師 <input type="checkbox"/> 登録の抹消 <input type="checkbox"/> その他 ()		(変更前) (医師の変更の場合は現登録の医師名を記入)
		(変更後)

※変更の事由が 検診従事医師の場合は、別紙を提出すること。

文書取扱 _____
担当者名 _____

【事務局記入欄】 管理番号()

- 受理方法(県医師会経由・直接)
- 申請内容処理(システム・Excel・チェック)
- 審査

(変更届 別紙)

1 検診従事医師

氏 名			
診 療 科 目			
肺がん診断従事年数(年)			
所属の学会名			
専門医・認定医の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
有の場合学会名			

2 研修会受講状況※

氏 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	

※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。

※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）を提出すること