

(様式1)

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 () ー

3 検診従事医師名

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

(別紙)

1 検診従事医師について

氏 名			
診 療 科 目			
肺 が ん 診 断 従 事 年 数 (年)			
胸 部 C T 診 断 数(平均)			
所 属 の 学 会 名			
認 定 医 ・ 専 門 医 の 有 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
有 の 場 合 学 会 名			

2 全肺C T及び異常陰影部位の2mm以下のスライスでの薄層C T (T S C T) 撮影について
可 ・ 不可 (該当するものに○印)

3 気管支鏡検査の実施、又は実施可能医療機関との連携

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

4 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 不可で他機関委託の場合には、その機関名

5 市町村及び肺がん検診実施機関との密接な連携について(精密検査結果をすみやかに報告等)
可 ・ 不可 (該当するものに○印)

6 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	
	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