

(様式1)

大腸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

大腸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			
大腸がん診断従事年数(年)			
全大腸内視鏡検査数 (年平均人)			
S状結腸内視鏡検査数 (年平均人)			
注腸検査数 (年平均人)			
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 全大腸内視鏡検査について
実施している ・ 実施していない (該当するものに○印)

3 S状結腸内視鏡検査について
実施している ・ 実施していない (該当するものに○印)

4 注腸エックス線検査について
実施している ・ 実施していない (該当するものに○印)

5 生検について

① 可 ・ 不可 （該当するものに○印）

不可で他機関委託の場合には、その機関名
機関名

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