

(様式1)

肺がん検診実施機関登録申請書

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

肺がん検診実施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 読影医師名

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 (条件: 2名以上の読影医師)

氏名			
診療科目			
肺がん診断 従事年数(年)			
胸部エックス線 診断件数(年平均)			
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 二重読影について

可 ・ 不可 (該当するものに○印)

3 比較読影について

可 ・ 不可 (該当するものに○印)

4 細胞診について

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

5 検診従事者を積極的に学会、研修会に参加させているか

参加させている (年 回)

参加させていない

6 市町村及び肺がん検診精密検査機関との密接な連携について

可 ・ 不可 (該当するものに○印)

7 研修会受講状況※

氏名	年月日	研修会名
	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