

(様式 1-2)

胃がん検診（胃内視鏡検査）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

胃がん検診（胃内視鏡検査）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 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 (条件：2名以上の読影医師)

| | | | |
|----------------------------|-------|-------|-------|
| 氏 名 | | | |
| 診 療 科 目 | | | |
| 内視鏡検査従事年数 (年) | | | |
| 内 視 鏡 検 査 数 (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 内視鏡画像の撮影枚数

約 _____ 枚

3 読影におけるダブルチェック (該当するものに○印)

実施している ・ 実施していない

4 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

5 市町村及び胃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)

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