

(様式2)

胃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

胃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 () -

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			
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 胃内視鏡検査について
可 ・ 不可 (該当するものに○印)

3 胃生検について
可 ・ 不可 (該当するものに○印)

4 病理診断
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 _____

5 市町村及び胃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	

※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