

(様式5)

胃がん検診実施機関変更届

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

- 胃部エックス線検査
 胃内視鏡検査

実施機関の登録事項に変更が生じました

ので、下記のとおり届け出ます。

機関の名称		
機関の所在地	〒	
電話番号		
	変更の事由	変更の内容
<input type="checkbox"/> 機関の名称	<input type="checkbox"/> 機関の所在地 <input type="checkbox"/> 検診従事医師	(変更前) (医師の変更の場合は現登録の医師名を記入)
<input type="checkbox"/> 登録の抹消		(変更後)
<input type="checkbox"/> その他 ()		

※変更の事由が検診従事医師の場合は、別紙を提出すること。

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

(変更届 別紙)

1 検診従事医師

氏 名			
診 療 科 目			
胃がん診断年数 (年)			
胃部エックス線診断数 (年 平 均 人)			
内 視 鏡 検 査 従 事 年 数 (年)			
内 視 鏡 検 査 数 (年 平 均 人)			
所 属 学 会 名			
認 定 医 等 の 有 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
有 の 場 合 そ の 名 称			

2 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	

※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