年　　月　　日

熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会
　胃がん・大腸がん合同部会長　様

フリガナ
医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話（　　）　　－＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ
代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

☐ 胃がん
☐ 大腸がん

検診精密検査機関認定登録〔新規〕申請書

（該当するもの全てに☑を付けること）

　このことについて、下記のとおり所定の要件を満たしているので認定審査手数料を添えて、申請します。
　なお、胃がん・大腸がん精密検査機関の認定登録条件等の２の遵守事項については、これを遵守することを約束します。

記

1. 認定条件
　・胃がん
　(1) ☐ 内視鏡検査が自機関で実施
　(2) 組織診による検査が実施可能
　　☐ 自機関
　　☐ 他機関
　　委託先機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　　検査責任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　　病理組織診断医氏名・認定登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　・大腸がん
　　☐ (1)自機関において全大腸内視鏡検査が実施可能
　　☐ (2)自機関においてＳ状結腸内視鏡検査及び注腸エックス線（二重造影法）が実施可能
　　☐ (3)自機関において注腸エックス線（二重造影法）のみ実施可能
　　（＊内視鏡検査に関する委託契約書添付）

2. 保有する内視鏡の種類等
　(1) 内視鏡
　　・胃がん　メーカー名：＿＿＿＿＿＿＿＿　購入年月　　年　　月
　　機　種　名：＿＿＿＿＿＿＿＿
　　・大腸がん　メーカー名：＿＿＿＿＿＿＿＿　購入年月　　年　　月
　　機　種　名：＿＿＿＿＿＿＿＿
　(2) 光源機種
　　メーカー名：＿＿＿＿＿＿＿＿　購入年月　　年　　月
　　機　種　名：＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 注腸Ｘ線撮影装置等
　(1) エックス線透視台
　　メーカー名：＿＿＿＿＿＿＿＿　購入年月　　年　　月
　　機　種　名：＿＿＿＿＿＿＿＿

（裏面に続く）

(2) 現像器

メーカー名：　　購入年月　　年　　月

機　種　名：

(3) 現在の使用フィルムメーカー名：

使用枚数（1月当たり）　　枚

(4) 現在の使用バリウムメーカー名：

一回当たりの使用量平均

4. 担当医師は十分な研修歴を有すること（下記に氏名、略歴、研修歴等記載すること）

5. 認定登録がなされた場合、熊本県医師会インターネットホームページへ掲載いたします。

担当医師名及び略歴、研修歴等を記載すること。
フ リ カ ﾞナ （1）担当医師氏名（複数あるときはすべて記入すること） （2）担当医師の略歴（最終学歴、勤務歴、所属学会等） （3）研修歴
上記申請内容に相違ありません。 年　　月　　日 フ リ ガ ナ 記入責任者氏名

注）1. 認定審査手数料1万円を添えて申請すること。

2. 組織診による検査を他機関に委託して実施する場合は、委託契約書の写しを添付すること。また、検査責任者の氏名、病理組織診断医の氏名・認定番号（学術団体の認定登録番号）を記載すること。

3. ﾌﾘｶﾞﾅは必ず記載すること。