年　　月　　日

熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会
　肺がん部会長　様

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ﾌﾘｶﾞﾅ
医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ﾌﾘｶﾞﾅ
代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

肺がん一次検診に伴う喀痰細胞検査機関認定登録〔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ますので認定審査手数料を添えて申請いたします。

記

1. ☐ 日本臨床細胞学会認定の細胞診細胞検査士がいる。

細胞検査士氏名（全

2. 細胞診を指導する医師がいる（アまたはイのいずれか一方の記載でも可）。
　ア. ☐ 日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医がいる。
　　専門医氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　イ. ☐ 病理学又は細胞診に相当の研修を積んだ医師がいる。

医師氏名	研　修　歴（経験期間、場所及び資格等）

3. 検査に必要な設備等
　ア. ☐ 細胞診室又はこれに相当するものがある。
　イ. ☐ 検査実施に十分な器具がある。
　　器具名①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　台）
　　②＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　台）
　　③＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　台）
　ウ. ☐ 検査実施に十分な検査技師がいる。
　　検査技師総数＿＿＿＿＿＿人（パートの技師も含む）

4. 昨年度の（　　）の①総体処理件数＿＿＿＿＿＿件
　　②喀痰のみの処理件数＿＿＿＿＿＿件

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致します。