年　　月　　日

熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会
　前立腺がん部会長　様

住　所
フリガナ
自医療機関名又は
勤務先医療機関名
フリガナ
代表者氏名　　印
フリガナ
部・科長名　　印

☎

連絡担当者名（　　・内線　　）

前立腺がん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、前立腺がん精密検査機関の認定登録条件等事項についてはこれを遵守することを約束します。

記

☐ 1. 内視鏡検査（尿道、膀胱鏡）、超音波検査および針前立腺生検が自己機関で実施可能であること。
☐ 2. 細胞診または組織診による検査が実施可能であること。
　☐ 自己機関
　☐ 他 機 関
　　委 託 先 機 関 名　（　　）
　　検 査 責 任 者 氏 名　（　　）
　　細胞診指導医師名・認定登録番号　（　　）
　　病理組織診断医名・認定登録番号　（　　）
3. 精密検査に従事する医師は前立腺がんに十分な研修歴を有すること。
　（裏面に氏名、略歴等の記載をすること）

4. 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。

（注）1. 認定審査手数料１万円を添えて申請すること。
2. 細胞診または組織診による検査を他医療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。
3. 十分な研修歴とは熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会が実施する講習会（前立腺がん検診従事者）の受講者、熊本県前立腺がん研究会会員、日本泌尿器科学会、日本泌尿器科学会熊本地方会の会員、厚生労働省の定める臨床研修病院又はこれに準ずる機関で前立腺がんについて５年以上の研修歴など。
4. ﾌﾘｶﾞﾅは必ず記載すること。

（裏面に続く）

担 当 医 師 名 及 び 略 歴 、 研 修 歴 等

（１）担当医師氏名（フリカナ）

（２）担当医師の略歴（最終学歴、勤務歴、所属学会等）

（３）研修歴等

上記申請内容に相違ありません。

年　　月　　日

記入責任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿