年　　月　　日

熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会

肝がん部会長　様

住　　所

ﾌﾘｶﾞﾅ

医療機関名

ﾌﾘｶﾞﾅ

代表者氏名　　印

ﾌﾘｶﾞﾅ

担当責任医師名　　印

TEL

肝臓病認定医支援機関認定登録〔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、肝臓病認定医支援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. 人的認定条件(学会の専門医の場合は認定証の写しを添付すること)
   1) ☐ 日本医学放射線学会
   2) ☐ 日本超音波医学会
   3) ☐ 日本消化器がん検診学会　の専門医
   4) ☐ ＵＳ及びＣＴ或いはＭＲＩにて肝疾患の診断に従事して５年以上の経験を有する医師が在籍
2. 施設認定条件
   1) ☐ ＵＳ及びＣＴ或いはＭＲＩでの診断が可能

   なお、上記何れの認定条件にあっても肝臓病認定医の依頼を受けて、肝疾患の画像診断が行えること
3. 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. 担当医師が複数あるときは全て略歴等を記入し提出すること。(様式は裏面をコピーすること)
   3. 担当医師が複数あるときは「1. 人的認定条件」のどれに該当するか略歴に必ず記載すること。また、学会の専門医の場合は認定証の写しを添付すること。
   4. ﾌﾘｶﾞﾅは必ず記載すること。

（裏面に続く）

担当医師の略歴(最終学歴、勤務施設、研修歴等を記載すること)

（１）担当医師氏名と略歴（最終学歴、勤務歴、所属学会等）

（２）研修歴等

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　　印