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
氏　名　　印
ﾌﾘｶﾞﾅ
自医療機関名又は
勤務先医療機関名

医籍登録番号

☎

肺がん検診読影医師認定登録〔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、下記の資格要件に該当しますので認定審査手数料を添えて申請します。

なお、認定登録のうえは、肺がん部会が指定する講習会等に出席するなど研修に努めることを約束します。

記

第1号 ☐ 熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会（肺がん検診従事者）を申請前3年間に2回以上受講した者（受講日：　　年　　月　　日、　　年　　月　　日）

第2号 ☐ 熊本県肺がん研究会の会員である者

第3号 ☐ 日本呼吸器学会、☐ 日本肺癌学会、☐ 日本呼吸器内視鏡学会、☐ 日本結核病学会、☐ 日本医学放射線学会のいずれかの会員である者

第4号 ☐ 厚生労働省の定める臨床研修病院で肺がんについて 2 年以上研修した者で､かつ当該所属長の推薦がある者（研修機関名：　　）

第5号 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(※医師(個人)の申請のみ2つ目以降は2,000円)を添えて申請すること。
※申請書は、医師(個人)と医療機関に対する申請の2種類ございますのでご注意下さい。
2. 申請者は、裏面に申請者の略歴等を必ず記入すること。
3. 第 1 号による申請者は講習会の受講修了証の写し、第 4 号による申請者は当該所属長の推薦状（様式は自由）を添付すること。
4. 医籍登録番号は必ず記載すること。
5. ﾌﾘｶﾞﾅは必ず記載すること。

（裏面に続く）

申請者略歴（最終学歴、勤務施設、研修歴等を記載すること。）

（１）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