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

連絡先☎

肺がん検診総合判定医認定登録〔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、下記の認定登録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、認定登録後は、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）認定協議会の認定する「肺がん検診読影医師」であって、一次検診機関又は肺がん診療実施機関で3年間の実務に従事している者

☐ 第2号　熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会の認定する「肺がん検診読影医師」の実務暦3年以上であって、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3年間に2回以上受講した者（受講日：　　年　　月　　日、　　年　　月　　日）

第3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、必ず当該所属長の証明書（様式は自由）を添付してください。
4. 第2号による申請者は、受講者証のコピーを添付してください。
5. 医籍登録番号は必ず記載してください。
6. ﾌﾘｶﾞﾅは必ず記載してください。

（裏面に続く）

申　請　者　略　歴

＊最終学歴、勤務施設、研修歴等を経過年ごとできるだけ詳しく記入すること

（１）略歴（最終学歴、勤務歴等）

（２）研修歴等

上記申請内容に相違ありません。

年　　月　　日