（様式第１号）

香川県胃がん検診精密検査協力医療機関届出書

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

医療機関名：

代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　

香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、胃がん検診精密検査協力医療機関としての要件を満たすため、下記のとおり届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 郵便番号 | |  |
| 住所 | |  |
| 精密検査  責任者 | 診療科名 |  |
| 医師名 |  |
| 事務担当 | 部署・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

１．胃がん検診精密検査に携わる医師名（該当する資格にチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 医　師　名 | 認定医・専門医の資格  ※「○○学会（　）医」の括弧内には､「認定・専門・指導」のうち､  該当するものを記入してください。 |
|  | 日本消化器病学会(　　　)医　　　　日本消化器がん検診学会(　　　)医  　日本消化器内視鏡学会(　　　)医　　日本医学放射線学会(　　　)医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　） |
|  | 日本消化器病学会(　　　)医　　　　日本消化器がん検診学会(　　　)医  　日本消化器内視鏡学会(　　　)医　　日本医学放射線学会(　　　)医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　） |
|  | 日本消化器病学会(　　　)医　　　　日本消化器がん検診学会(　　　)医  　日本消化器内視鏡学会(　　　)医　　日本医学放射線学会(　　　)医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　） |
|  | 日本消化器病学会(　　　)医　　　　日本消化器がん検診学会(　　　)医  　日本消化器内視鏡学会(　　　)医　　日本医学放射線学会(　　　)医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　） |
|  | 日本消化器病学会(　　　)医　　　　日本消化器がん検診学会(　　　)医  　日本消化器内視鏡学会(　　　)医　　日本医学放射線学会(　　　)医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　） |

２．検査実施の可否（該当する項目にチェックしてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 検査実施の可否 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 |
| 上部消化管内視鏡検査 | 可　　　否 | 件 | 件 |
| Ｘ線透視検査 | 可　　**☐**否 | 件 | 件 |
| 生検（病理診断） | 可（自施設あるいは外部委託機関）  　否 | 件 | 件 |