（様式第３号）

香川県肺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、肺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．肺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 | 専門医の資格 |
|  | 呼吸器専門医　　　呼吸器外科専門医　　　放射線診断専門医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 呼吸器専門医　　　呼吸器外科専門医　　　放射線診断専門医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 呼吸器専門医　　　呼吸器外科専門医　　　放射線診断専門医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 呼吸器専門医　　　呼吸器外科専門医　　　放射線診断専門医  　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 呼吸器専門医　　　呼吸器外科専門医　　　放射線診断専門医  　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 |
| 高分解能ＣＴ検査 | 可　　　否 | 件 | 件 |