（様式第５号）

香川県大腸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、大腸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．大腸がん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 |
|  | 日本消化器内視鏡学会専門医　　　　日本消化器病学会専門医  　日本消化器がん検診学会認定医　　　日本医学放射線学会専門医  　日本大腸肛門病学会専門医　　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　） |
|  | 日本消化器内視鏡学会専門医　　　　日本消化器病学会専門医  　日本消化器がん検診学会認定医　　　日本医学放射線学会専門医  　日本大腸肛門病学会専門医　　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　） |
|  | 日本消化器内視鏡学会専門医　　　　日本消化器病学会専門医  　日本消化器がん検診学会認定医　　　日本医学放射線学会専門医  　日本大腸肛門病学会専門医　　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　） |
|  | 日本消化器内視鏡学会専門医　　　　日本消化器病学会専門医  　日本消化器がん検診学会認定医　　　日本医学放射線学会専門医  　日本大腸肛門病学会専門医　　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　） |
|  | 日本消化器内視鏡学会専門医　　　　日本消化器病学会専門医  　日本消化器がん検診学会認定医　　　日本医学放射線学会専門医  　日本大腸肛門病学会専門医　　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 |
| 全大腸内視鏡検査 | 可　　　否 | 件 | 件 |
| Ｓ状結腸内視鏡検査　及び注腸Ｘ線検査（二重造影法）の併用検査 | 可　　　否 | 件 | 件 |
| 生検 | 可(自施設あるいは外部委託機関)  　否 | 件 | 件 |