

茨城県知事 殿

医療機関所在地  
医療機関名  
代表者名  
T E L  
メールアドレス

### 大腸がん検診登録精密検査医療機関登録更新申請書

大腸がん検診登録精密検査医療機関の登録の更新について、下記のとおり申請します。

#### 記

#### 1. 大腸がん診断機器整備状況（製品名、型番、メーカー名、システム名等を記入）

##### （1）全大腸内視鏡検査装置

有（ \_\_\_\_\_ 、購入年月： 年 月）

無

##### （2）注腸X線撮影装置

有（ \_\_\_\_\_ 、購入年月： 年 月）

無

#### 2. 精密検査実施体制

##### （1）精密検査担当医師・技師

| 医師・技師名 | 医師・技師<br>の別 | 担 当 種 別 |      | 常勤・非常勤<br>の別 | 非 常 勤 の 場 合  |        |         |
|--------|-------------|---------|------|--------------|--------------|--------|---------|
|        |             | 内視鏡     | 注腸X線 |              | 申請機関<br>での勤務 | 他の勤務先名 | 他の勤務先住所 |
|        |             |         |      | 常勤・非常勤       | 月 回          |        |         |
|        |             |         |      | 常勤・非常勤       | 月 回          |        |         |
|        |             |         |      | 常勤・非常勤       | 月 回          |        |         |
|        |             |         |      | 常勤・非常勤       | 月 回          |        |         |

(2) 全大腸内視鏡検査を完遂できなかった場合において、S状結腸内視鏡検査及び注腸X線検査(二重造影法)の併用検査を自院で行わない場合の紹介先医療機関

名 称 ( )  
 住 所 ( )  
 担当医師名 ( )

(3) 病理組織診断実施体制

①自院において実施する場合

| 医師名 | 常勤・非常勤の別 | 非常勤の場合   |        |         |
|-----|----------|----------|--------|---------|
|     |          | 申請機関での勤務 | 他の勤務先名 | 他の勤務先住所 |
|     | 常勤・非常勤   | 月 回      |        |         |
|     | 常勤・非常勤   | 月 回      |        |         |
|     | 常勤・非常勤   | 月 回      |        |         |

②外注する場合

外注先名称 ( )

3. 大腸がん部会が指定する「茨城県大腸がん検診従事者講習会」、その他消化器系学会、研究会等への参加状況

| 参加年月日 | 学会、研究会等の名称 | 主催者名 | 参加者氏名 |
|-------|------------|------|-------|
|       |            |      |       |
|       |            |      |       |
|       |            |      |       |
|       |            |      |       |

\*参加したことを証明する受講証や参加証等の写しを添付してください。