

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

胃がん検診登録精密検査医療機関登録申請書

胃がん検診登録精密検査医療機関の登録について、下記のとおり申請します。

記

1 胃内視鏡装置整備状況及び検査実績

装置の製品名 ()
製造年月日 ()
会社名 ()
保守点検の状況 ()
前年度検査件数 () 件 過去3年間の累計検査件数 () 件

2 病理組織診断実施体制

自院において実施する

医師氏名	常勤・非常勤の別	(非常勤の場合) 勤務先及び住所
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	

外注する

外注先名称	
-------	--

3 内視鏡検査を担当する医師

医師氏名	常勤・非常勤の別	(非常勤の場合) 他の勤務先及び住所
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	

4 登録要件の遵守について

- (1) 県が、検診の精度管理のために行う精密検査結果の追跡調査に協力いたします。
- (2) がんと診断された患者を対象として、市町村及び集団検診機関が収集する「症例レポート」等の提出に協力いたします。
- (3) 胃がん部会が指定する「胃がん検診従事者講習会」、その他消化器系学会、研究会等に参加して、診断技術の向上、精度管理等に努めます。
- (4) 胃がん部会から画像の提出を求められたときは、プライバシーに配慮して提出に協力いたします。

【本申請書に関する照会先】

部署名：

担当者名：