様式１

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

滋賀県がん検診検討会

肺がん部会　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 代表者氏名 |  |

市町が行う肺がん検診実施医療機関届出書

　肺がん検診の医療機関検診を実施したいので、滋賀県がん検診実施のための指針（肺がん検診）の５の規定に基づき、下記のとおり届出をします。

　なお、検診は滋賀県がん検診実施のための指針（肺がん検診）に基づいて行い、今後もおおむね年1回以上肺がん対策検討会が指定する研修・講習等に出席します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．医療機関名 |  | |
| ２．医療機関所在地 |  | |
| （TEL |  | ） |

　３．検診担当医師

＊下記の①～③に当てはまる場合は、医師の氏名欄の前に、○印をつけてください。（※第二読影医は②か③の条件を満たす必要がある。）

　①読影医師である。

　　②３年以上の肺がん検診読影経験がある。

　　③５年以上の呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科医のいずれかとしての経験がある。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 医師の氏名 | 常勤・非常勤の別 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 |

４．検診用エックス線装置及び関連機器

　　　※前年度と変更がなくても御記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 製造会社名 |  | | | | | | | | | | |
| 機器の種類 |  | | | | | | | | | | |
| 設置  年月日 |  | 年 |  | | | 月 | |  | 日 | | |
|  | 装置機器名 | 形式名 | | 製造番号 | | | | | | 製造  年月日 | |
| 高電圧  発生装置 |  |  | |  | | | | | |  | |
| Ｘ線制御装置 |  |  | |  | | | | | |  | |
| 定格出力 | 最大管電圧 | | | | | | 最大管電流 | | | | |
|  | | | | kV | |  | | | | mA |

◆エックス線データ　提出方法（いずれかに〇をつけてください）

　　アナログフィルム　・　電子媒体（　CD‐R　・　USB　　）

◆喀痰細胞診検査機関

※自院で検査される場合は、「自院」と記入して下さい。

|  |
| --- |
|  |