

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・講習等に参加します。

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。

② 3年以上の肺がん検診読影経験がある。

③ 5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。

①	②	③	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 kV		最大管電流 mA	

◆エックス線データ 提出方法（いずれかに○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。

--