

胃がん検診(胃内視鏡検査)実施機関申請書

令和 年 月 日

大津市長様

医療機関代表者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( ) -

大津市が市民に対して実施する胃がん検診(胃内視鏡検査)を実施したいので、次のとおり申請いたします。また、大津市胃がん検診（内視鏡検査）読影会に参加します。

(胃内視鏡検査医) 日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかの資格を有している、または胃内視鏡検査に従事して3年以上かつ年間100件以上の胃内視鏡検査の実績のある医師が検査医として1名以上必要です。

胃がん検診(胃内視鏡検査) 実施医療機関名	(所在地)  (機関名)
胃内視鏡検査担当医師名	
検査医の資格の確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 胃内視鏡検査従事年数 ( ) 年 1年間あたりの胃内視鏡検査の件数 約 ( ) 件
胃内視鏡検査担当医師名	
検査医の資格の確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 胃内視鏡検査従事年数 ( ) 年 1年間あたりの胃内視鏡検査の件数 約 ( ) 件

胃内視鏡検査担当医師名	
検査医の資格の確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 胃内視鏡検査従事年数 ( ) 年 1年間あたりの胃内視鏡検査の件数 約 ( ) 件
胃内視鏡検査担当医師名	
検査医の資格の確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 胃内視鏡検査従事年数 ( ) 年 1年間あたりの胃内視鏡検査の件数 約 ( ) 件
胃内視鏡検査担当医師名	
検査医の資格の確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 胃内視鏡検査従事年数 ( ) 年 1年間あたりの胃内視鏡検査の件数 約 ( ) 件
胃内視鏡検査担当医師名	
検査医の資格の確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 胃内視鏡検査従事年数 ( ) 年 1年間あたりの胃内視鏡検査の件数 約 ( ) 件
胃内視鏡検査担当医師名	
検査医の資格の確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 胃内視鏡検査従事年数 ( ) 年 1年間あたりの胃内視鏡検査の件数 約 ( ) 件

※ 記入欄が足りない場合は、コピーしてご記入ください。