胃がん検診（胃透視・胃がんリスク層別化検診）・大腸がん検診（便潜血検査）

二次精密検査医療機関　新規・更新　登録応募票

**☑　胃がん内視鏡検診実施医療機関（ご応募中を含む）用**

**（胃がん内視鏡検診実施医療機関以外は使用しないで下さい）**

令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名称 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 回答者氏名 | | （役職　　　　　　　　　　） | | |
| 登録の希望 | | □ 胃・大腸とも　　　　　□ 大腸のみ  【追加記入欄】へ必要事項をご記入ください | | □ 胃のみ  【追加記入欄】への記入は不要です |
|  | |  | | |
| 【追加記入欄】  〇大腸がん検診二次精密検査医療機関のご登録を希望される場合は、以下についてご記入ください  下記(1)～(3)のいずれかを満たし現在も下部消化管内視鏡検査を実施している下部  消化管内視鏡検査医が在籍する。  (1)日本消化器内視鏡学会専門医または大腸内視鏡スクリーニング認定医  (2)日本消化器がん検診学会指導医・総合認定医   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 下部消化管内視鏡検査医 | (1)専門医番号 | (2)認定医番号 | 消化器医会 | |  |  |  | * 会員 | |  |  |  | * 会員 | |  |  |  | * 会員 | |  |  |  | * 会員 | |  |  |  | * 会員 | |  |  |  | * 会員 |   (3)以下のa～cすべてを満たす医師  a)内視鏡経験年数　5年以上  b)内視鏡検査総件数　300件以上  c)年間内視鏡検査件数概ね50件以上   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 下部消化管内視鏡検査医 | b)下部総件数 | c)下部年間件数 | 消化器医会 | |  | 件 | 件 | * 会員 | |  | 件 | 件 | * 会員 | |  | 件 | 件 | * 会員 | |  | 件 | 件 | * 会員 | |  | 件 | 件 | * 会員 | |  | 件 | 件 | * 会員 | | | | | |

＊不足の場合はコピーしてご使用ください。