

(様式第1号) 鳥取県肝臓がん検診精密検査医療機関登録届出書 (更新・新規)

医療機関名	
(診療科名)	
(ふりがな) 担当医師氏名	
所在地	(〒 -)
電話番号	() -

(1) 超音波検診機器

機 種		メーカー	
走査方式			
画像記録装置		観察用モニター	インチ

(2) 腹部超音波検査臨床例 年間の臨床例 () 例/年

- ※年間100例を満たしていない場合は、次の条件のうち、該当するものに✓をしてください。
- 最近5年間で臨床例300件以上の検査の実績がある。⇒ () 例/5年間
 - 貴院の検者におかれましては、超音波医学会認定超音波専門医(腹部又は総合)または超音波医学認定超音波検査士(腹部)である。

(3) 肝臓がん検診従事者講習会等出席状況

※過去3年間の出席状況及び取得点数を記入してください。

講習会等の区分	出席年 × 出席回数			点 数
肝臓がん検診従事者講習会 及び症例検討会 (全県 5点)	回	回	回	
山陰肝・胆・膵疾患研究会 (全県 2点)	回	回	回	
消化器疾患研究会 (東部 2点)	回	回	回	
東部地区腹部超音波研究会 (東部 2点)	回	回	回	
腹部画像診断研究会 (中部 2点)	回	回	回	
中部肝疾患セミナー (中部 2点)	回	回	回	
肝・胆・膵研究会 (西部 2点)	回	回	回	
消化器超音波研究会 (西部 2点)	回	回	回	
西部腹部超音波研究会 (西部2点)	回	回	回	
肝がん撲滅運動講演会 (全県 3点)	回	回	回	
山陰肝癌治療研究会 (全県 3点)	回	回	回	
その他 ()	回	回	回	
合 計 点 数				

当施設は、鳥取県肝臓がん検診精密検査医療機関登録実施要綱に基づく登録要件を満たしていますので、届け出いたします。

平成 年 月 日

施設長氏名 _____ 印

鳥取県健康対策協議会会長 様

※担当医師が複数の場合は、医師ごとに担当医師氏名と(3)を記入した本様式を添付してください。