

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) 食道、胃内視鏡 機種 _____ メーカー _____

年間検査臨床例数 _____ 例

(2) 生検組織診断実施（依頼）機関名 _____

(3) 過去3年間において、胃がん検診及び発見例の精査・治療における偶発症例がありましたか。
該当に丸で囲む ⇒ (有・無) 有りの場合（症例数 _____ 例）

(4) 胃がん検診読影委員会主催症例検討会及び胃がん検診従事者講習会等出席状況

講習会等の区分	出席年×出席回数			点数
胃がん検診従事者講習会 (全県 5点)				
胃がん検診症例研究会 (東西部 3点)				
消化器がん検診症例検討会 (中部 3点)				
胃疾患研究会 (東部 3点)				
鳥取消化器疾患研究会 (東部 3点)				
胃がん内視鏡検診講習会 (東部 3点)				
消化器病研究会 (中部 3点)				
山陰消化器研究会 (全県 3点)				
消化管研究会 (西部 3点)				
境港市胃及び大腸がん検診反省会・症例検討会 (西部 3点)				
消化器内視鏡学会(全国学会・地方会) (3点) ※				
消化器病学会(全国学会・地方会) (3点) ※				
消化器がん検診学会(全国学会・地方会) (3点) ※				
その他 () ※				
合計点数				点

(※については受講票または参加証の写しを添付すること)

当医療機関は、鳥取県胃がん検診精密検査医療機関登録実施要綱に基づく登録必要条件を満たしていますので届け出いたします。

令和 _____ 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(4)を記入した本様式を添付してください。