

(様式第 3 号)

大腸がん検診精密検査医療機関登録申請書 (新規 ・ 更新)

令和 年 月 日

三重県知事 様

住 所 〒 ー
開設者
(法人名)
代表者名

三重県がん検診精密検査医療機関登録制度実施要領に基づく大腸がん精密検査医療機関の登録要件をすべて満たしていますので、下記により申請いたします。

登録医療機関	名 称			
	住 所	〒 ー		
	電話番号			
精密検査 責任者	診 療 科			
	ふりがな			
	医 師 名			
事務担当	部署・氏名		電話番号	
	メールアドレス		FAX 番号	

1 精密検査について

- ① 全大腸内視鏡検査の検査体制が整備されている。または、全大腸内視鏡検査の検査ができない場合においては、S状結腸内視鏡と注腸エックス線検査の併用による精密検査を自院において実施できる。(可 ・ 否)

2 担当医師について

- ① 内視鏡学会認定専門医又は指導医、もしくはそれに準ずる習熟した医師が対応できる。(可 ・ 否)

3 その他

- ① がん登録に協力できる。(可 ・ 否)
② 検診実施機関または市町へ精密検査結果の報告ができる。(可 ・ 否)