

(様式第 2 号)

肺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肺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 CTによる画像診断が実施できる。(可 ・ 否)
- ② 気管支鏡等による組織・細胞検査(診断)が実施できる。(可 ・ 否)

2. 担当医師について

- ① 呼吸器専門医または、日本呼吸器学会か日本呼吸器外科学会が認定する施設に専ら従事する医師(常勤・非常勤は問わない)が対応できる。(適 ・ 否)

3. その他

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