

(様式第 2 号)

記入例

肺がん検診精密検査医療機関登録申請書 (  新規  更新 )

もしくは

該当する箇所に○をしてください。  
初めて申請される場合（代替わりや、法人化に伴い  
開設者が変わった場合）は新規を選択してください。

令和 ○年 ○月 ○日

三重県知事 様

開設代表者の方のお名前を記入してください。  
法人：法人名と理事長名、個人：開設者名

開設者

住 所 〒○○○-○○○○  
津市○○○○○  
(法人名) 医療法人○○○○  
代表者名 理事長 ○○○○

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。

太枠の箇所を名簿に掲載します。

登録医療機関	名 称	○○病院		
	住 所	〒○○○-○○○○ 津市○○○○○		
	電話番号	○○○-○○○-○○○○		
精密検査 責任者	診 療 科	呼吸器内科・内科		
	ふりがな	みえ たろう		
	医 師 名	三重 太郎		
事務担当	部署・氏名	○○○課○○係 ○○○○	電話番号	○○○-○○○-○○○○
	メールアドレス	○○○@○○○. ○○. ○○	FAX 番号	○○○-○○○-○○○○

標榜している診療科で、精密検査の際に  
関連するものを記入してください。

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 )

全国がん登録の届出申請を行っていない  
診療所は、別途手続きをお願いします。

該当する箇所に○を記入してください。  
原則、すべて「可(適)」である場合のみ登録となります。