

「香川県がん検診精密検査協力医療機関届出書」の記入要領

※届出基準を満たさない医療機関については、名簿に掲載することができません。

香川県がん検診精密検査協力医療機関作成要領の「5 届出基準」をご確認いただき、届出基準を全て満たす場合のみ、届出書を御提出くださいますようお願いいたします。

1 記入単位

- 胃がん(様式第1号)、子宮頸がん(様式第2号)、肺がん(様式第3号)、乳がん(様式第4号)、大腸がん(様式第5号)について、医療機関単位で記入してください。

※令和6年9月25日付けで様式を改正しています。必ず最新の様式に記入してください。

2 医療機関名・代表者職氏名

- 医療機関の正式名称及び代表者の職氏名を記入してください。
- 押印は不要です。

3 各がん検診精密検査に携わる医師等名

- 人事異動の予定がある場合は、その旨も記入してください。
- 常勤・非常勤は問いません。
- 該当する資格にレ点を記入してください (Word形式の場合、クリックでレ点が付けられます。)
- 届出基準に規定する資格を列挙しています。いずれかに該当する場合、「その他」の入力は不要です。

4 検査実施の可否

- 届出書提出時の状況を記入してください。

5 前年度検査件数

- 前年度の状況を記入してください。
- 該当件数がない場合は「0」と記入してください。空欄の場合は「0」と判断します。

6 年間検査可能件数

- 実績等により1年間で検査可能な件数を記入してください。

7 提出期限

毎年9月末日まで

(9月末日までに提出された届出書を、当該年度中に審査します。
名簿への登載は当該年度の3月頃の予定です。)

8 提出方法

- 以下のいずれかの方法で提出してください。
- メール (Word形式 又は 手書きで記入したものをスキャンしたPDF形式)
- 郵送

9 提出先

- メール : kenkouseisaku@pref.kagawa.lg.jp
(メールの件名は「香川県がん検診精密検査協力医療機関届出書」としてください。)
- 郵送 : 〒760-8570 (住所不要) 香川県健康福祉部健康政策課 総務・がん対策グループ

記入要領

(様式第1号)

香川県胃がん検診精密検査協力医療機関届出書

年 月 日

香川県知事 殿

医療機関名：

代表者職氏名：

香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき満たすため、下記のとおり届出します。

・医療機関の正式名称及び代表者の職氏名を記入してください。
・押印は不要です。

件を

郵便番号		
住所		
精密検査 責任者	診療科名	
	医師名	
事務担当	部署・氏名	
	電話番号	
	FAX 番号	
	メールアドレス	

1. 胃がん検診精密検査に携わる医師名 (該当する資格にチェックしてください)

医師名	認定医・専門医の資格 ※「〇〇学会()医」の括弧内には、「認定・専門・指導」のうち、 該当するものを記入してください。
人事異動の予定がある場合は、 その旨も記入してください。	<input type="checkbox"/> 日本消化器病学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会()医 <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会()医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載:)
	<input type="checkbox"/> 日本消化器病学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会()医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
	<input type="checkbox"/> 日本消化器病学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会()医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
	<input type="checkbox"/> 日本消化器病学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会()医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)

人事異動の予定がある場合は、その旨も記入してください。

・該当する資格にレ点を記入してください(Word 形式の場合、クリックでレ点が付けられます。)
・届出基準に規定する資格を具体的に列挙しています。いずれかに該当する場合、「その他」の入力は不要です。

届出書提出時の状況を記入してください。

2. 検査実施の可否 (該当する項目にチェックしてください)

	検査実施の可否	前年度検査件数	年間検査可能件数
上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	件	件
X線透視検査	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	件	件
生検 (病理診断)	<input type="checkbox"/> 可 (自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否	件	件

前年度の状況を記入してください。
必ず件数を記入してください。
(該当がない場合は0と記入してください)

実績等により1年間で検査可能な件数を記入してください。