**別添様式（１）新たに胃内視鏡検診を実施する医療機関用**

１　受託市町・読影体制要件

　　当該市町における胃内視鏡検診運営委員会又は読影委員会の有無：

該当する方に○を付け、有の場合は、委員会の名称を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 胃がん検診受託市町名 | 市町名（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 当該市町における胃内視鏡検診運営委員会又は読影委員会の有無 | 有　（名称　　　　　　　　　　　　　　）無 |

２　検診実施医師要件

・専門医・認定医欄　：医師の方がお持ちの資格に〇印を記入してください。

・内視鏡検査実施件数：当該医師の昨年度の実施件数を記入してください。

|  |
| --- |
| 胃内視鏡検診を実施する医師 |
| 医師氏名 | 専門医・認定医 | 内視鏡検査実施件数（令和５年度） |
|  | ( )日本消化器内視鏡学会専門医( )日本消化器病医学会専門医( )日本消化器がん検診学会認定医 | 　　件　うち胃内視鏡検査の実施件数　　件　 |
|  | ( )日本消化器内視鏡学会専門医( )日本消化器病医学会専門医( )日本消化器がん検診学会認定医 | 　　件　うち胃内視鏡検査の実施件数　　件　 |
|  | ( )日本消化器内視鏡学会専門医( )日本消化器病医学会専門医( )日本消化器がん検診学会認定医 | 　　件　うち胃内視鏡検査の実施件数　　件　 |
|  | ( )日本消化器内視鏡学会専門医( )日本消化器病医学会専門医( )日本消化器がん検診学会認定医 | 　　件　うち胃内視鏡検査の実施件数　　件　 |
|  | ( )日本消化器内視鏡学会専門医( )日本消化器病医学会専門医( )日本消化器がん検診学会認定医 | 　　件　うち胃内視鏡検査の実施件数　　件　 |