令和　　年　　月　　日

佐賀県がん検診精密検査医療機関の登録申請書（肺がん）

（令和６年度分）

佐賀県知事　様
（健康福祉政策課扱い）

〒　　－
所在地
TEL
E-mail
医療機関名
代表者名
担当者名

下記の登録要件を満たし、肺がん検診精密検査医療機関として登録を申請します。
また、必要に応じ講習会の受講歴について佐賀県医師会等関係機関へ確認を行うことに同意します。
※　要件を満たしていない場合は、登録できません。

記

１　登録要件の確認

登録要件	回答欄
高分解CTによる画像診断が実施できること （実施可能な他の医療・検査機関への委託も可とする）	はい ・ いいえ
気管支鏡による組織・細胞診検査（診断）が実施できること （実施可能な他の医療・検査機関への委託も可とする）	はい ・ いいえ
精密検査の結果を市町に報告し、また必要に応じ情報を提供すること	はい ・ いいえ
画像の提出要請があった場合には、協力しなければならない	はい ・ いいえ
少なくとも年１回、指定の講習会を受けなければならない（過去１年間において研修会への出席がない場合は、次年度の更新はできない）※	はい ・ いいえ ・ 新規
肺癌疑いのため止むなく要追跡者となった場合は、確定診断の時点で再報告をすること	はい ・ いいえ
原則として、全国がん登録に協力すること	はい ・ いいえ

※　新規に申請される場合、「講習会参加」の回答は「新規」に〇を付けてください。
※　講習会は、原則として佐賀県肺癌対策医会が開催する講習会となります。

２　医会への入会状況

佐賀県肺癌対策医会に入会されている医師のお名前をご記入ください。

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３　講習会受講歴（過去１年間の受講歴をご記入ください。**※ 医師会員の方も記入が必要です**）

（受講日）　　（研修会の名称）　　（参加した医師名）

・　令和　　年　　月　　日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿
・　令和　　年　　月　　日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿
・　令和　　年　　月　　日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿

※　受講予定の研修会を受講歴に記載する場合は、「参加予定」と付記ください。
※　必要に応じ、参加状況について確認をさせていただく場合がございます。

精密検査医療機関登録に関するアンケート調査（肺がんについて登録を希望される場合にお答えください）

１　X線検査を実施している　　（　はい　・　いいえ　）
２　CT検査を実施している　　（　はい　・　いいえ　）
３　２で「いいえ」の場合
今後CT検査機器の導入予定はあるか　（　はい　・　いいえ　）