

茨城県知事 殿

医療機関所在地
医療機関名
代表者名
T E L
メールアドレス

胃がん検診登録検診機関（胃部エックス線検査医療機関）登録申請書

胃がん検診登録検診機関（胃部エックス線検査医療機関）の登録について、下記のとおり申請します。

記

1. 検診担当医師及び診療放射線技師

医師・診療放射線技師の別	氏 名	常勤・非常勤の別
		常勤 ・ 非常勤
		常勤 ・ 非常勤
		常勤 ・ 非常勤
		常勤 ・ 非常勤

2. 所属医師会等名

地 区 医 師 会 名	読 影 管 理 委 員 会 名

3. 検診用エックス線装置及び関連機器

装置設置施設名		代表者名	
住 所	(〒)		
製 造 会 社 名		代表者名	
住 所	(〒)		
納 入 会 社 名		代表者名	
住 所	(〒)		
機 器 の 種 類		検査方法	車 ・ 施 設
取引検査年月日	年 月 日		
	装置機器名	形 式 名	製 造 番 号
製造年月日			
高電圧発生装置			
X線制御装置			
X線管装置			
透視撮影台			
X線TV			
X線管装置			
撮 像 管			
I.I.管装置			
スポットカメラ			
ミラーカメラ			
蛍 光 板			
X線用グリット			

4. 二重読影体制

読影管理委員会による

読影管理委員会を設置している 地区医師会名	読影管理委員会名

自施設でのダブルチェックによる ※学会の認定医の認定証等の写しを添付してください。

二重読影を行う医師氏名	学会の認定（※）
	日本消化器がん検診総合認定医 日本消化器がん検診学会認定医
	日本消化器がん検診総合認定医 日本消化器がん検診学会認定医

5. 登録要件の遵守について

県が実施するチェックリストの遵守状況調査に協力いたします。

6. 胃がん検診読影管理委員会の意見

読影管理委員会代表者氏名

【本申請書に関する照会先】

部署名：

担当者名：