様式１

群馬県大腸がん検診精密検査対応医療機関リスト掲載申出書

群馬県知事　様

医療機関名

代表者名

住　所　〒　　　　－

電話番号

ＵＲＬ

群馬県大腸がん検診精密検査対応医療機関リストの掲載について、下記により申し出ます。

記

１　該当するがん検診を実施する医師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** | **常勤・非常勤別**非常勤の場合は在院日、時間帯をご記載ください | **専門科** | **研修等受講状況**（予定も含む） |
| 【記載例】*○○　○○* | 常　・　非*毎週月･金曜日午前中* | *消化器内科* | *県医師会開催　がん検診従事者講習会* |
|  | 常　・　非 |  |  |
|  | 常　・　非 |  |  |
|  | 常　・　非 |  |  |

２　掲載要件の確認

別添１「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針」第３,６,（７）,③に記載の精密検査実施の有無

（　　有　　・　　無　　）

※　無　の場合は掲載要件に該当しません

３　ホームページ公開への同意

『大腸がん検診精密検査対応可能医療機関』として群馬県ホームページ内での公開について

（　　同意する　　・　　同意しない　　）

※公開内容は医療機関名、住所、電話番号、対応医師名、非常勤の場合の在院日になります。精密検査受診率向上のため、掲載医療機関については、同意の有無にかかわらず市町村に情報提供いたします。