

鹿児島市胃がん検診（胃内視鏡検査）の受託に係る申請書

令和 年 月 日

鹿児島市長殿

所在地
 名称
 代表者職氏名
 電話番号
 担当者名
 メールアドレス

鹿児島市胃がん検診（胃内視鏡検査）の受託について、受託を希望しますので、申請します。

1. 胃内視鏡検査の検査医

〈検査医登録要件〉

下記（1）、（2）のどちらも満たすこと。

（1）下記のいずれかの資格を保有している、または、保有していた。

- ア 日本消化器がん検診学会総合認定医または認定医
- イ 日本消化器内視鏡学会専門医
- ウ 上部消化管スクリーニング認定医
- エ 日本消化器病学会専門医

（2）直近3年間で、毎年年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している。（検診・診療を問わない）

※検査医として従事する可能性のある者を全て記載する。勤務形態は問わない。

ふりがな 氏名	ア 日本消化器がん検診学会 総合認定医または認定医	イ 日本消化器内視鏡学会 専門医	ウ 上部消化管 スクリーニング認定医	エ 日本消化器病学会専門医
	<input type="checkbox"/> 総合認定医 <input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有
	<input type="checkbox"/> 総合認定医 <input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有
	<input type="checkbox"/> 総合認定医 <input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有
	<input type="checkbox"/> 総合認定医 <input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有

※「保有」または「過去保有」へ☑を入れる。

（裏面あり）

ふりがな 氏名	ア 日本消化器がん検診学会 総合認定医または認定医	イ 日本消化器内視鏡学会 専門医	ウ 上部消化管 スクリーニング認定医	エ 日本消化器病学会専門医
	<input type="checkbox"/> 総合認定医 <input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有
	<input type="checkbox"/> 総合認定医 <input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有
	<input type="checkbox"/> 総合認定医 <input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有
	<input type="checkbox"/> 総合認定医 <input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有
	<input type="checkbox"/> 総合認定医 <input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有
	<input type="checkbox"/> 総合認定医 <input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有	<input type="checkbox"/> 保有 <input type="checkbox"/> 過去保有

2. 検査機器等条件

項目	回答
機器の洗浄・消毒に自動洗浄消毒機を使用している（必須）	<input type="checkbox"/> 使用している
自動洗浄消毒機は、高水準消毒薬を使用している（必須）	<input type="checkbox"/> 使用している
実施可能な内視鏡	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻
検診画像をデジタル化（DICOM/JPEG形式）できる（必須）	<input type="checkbox"/> 対応できる
読影システム接続可能なインターネット回線を有している（必須）	<input type="checkbox"/> 有している

3. 受入体制

【注意】鹿児島市の検診として、可能な範囲でご回答ください。市民への公表はありません。

	月	火	水	木	金	土	日
時 間	(記載例)	9:00~12:00 14:00~17:00	9:00~12:00 14:00~17:00	9:00~12:00	9:00~12:00 14:00~17:00	×	×
定 員	(記載例)	2	2	2	4	0	0
時 間							
定 員							
備 考	(例：○月～○月は受入不可)						