様式６

広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）変更届

（届出年月日）令和　　　年　　　月　　　日

広　島　市　長

（健康推進課）

　　　　検診実施医療機関名

　　　　　　　　　　　同医療機関所在地

　　　　　　　　　　　同医療機関代表者　職　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

【提出・問合せ先】

〒730-8586

広島市中区国泰寺町一丁目6番34号

広島市健康福祉局保健部健康推進課

TEL 082-504-2290

FAX 082-504-2258

Email k-suishin@city.hiroshima.lg.jp

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

「広島市の胃がん検診における胃内視鏡検査の実施に係る手引き（第６版）」に基づき、次のとおり変更することを申し出ます。

１　変更年月日　　　　令和　　　年　　　月　　　日

２　変更内容（該当に☑し、必要箇所に記入）

* 検査医

　　【検査医の資格条件】

Ａ日本消化器がん検診学会認定医　Ｂ日本消化器内視鏡学会専門医又は上部消化管内視鏡スクリーニング認定医

Ｃ日本消化器病学会専門医　　　　Ｄ胃内視鏡検査実施件数が概ね年間１００件以上の医師

Ｅ胃内視鏡検査実施件数が通算１，０００件 以上又は実務経験年数７年以上の医師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更内容 | 所属・役職 | 氏名 | 資格条件（該当に○） |
| □追加　□削除 |  |  | Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　Ｅ |
| □追加　□削除 |  |  | Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　Ｅ |

※　資格条件A・B・Cで追加登録する場合は、認定証等の写しを添付してください。

※　資格条件D・Eで追加登録する場合は、「広島県市町がん検診胃内視鏡検査従事者研修会（基礎編）」を受講していること、併せて２年に１回以上「広島県市町がん検診胃内視鏡検査従事者研修会（応用編）」又は内視鏡関連の各種学会に参加していることがわかる書類の写しを添付してください。

|  |
| --- |
| 読影医療機関名 |
|  |
|  |

□　読影の方法

　　□ 自院医師　□ 他院医師に依頼

□広島市読影医療機関（別紙）

　□その他医療機関

※２以上の医療機関に依頼する場合は、複写してご利用ください。

* 読影医

　　【読影医の資格条件】　　　＊広島市読影医療機関（別紙）に依頼する場合は記載不要

ａ 日本消化器がん検診学会認定医　　ｂ 日本消化器内視鏡学会専門医

ｃ 日本消化器病学会専門医で、かつ、胃内視鏡検査の実施件数が概ね年間１００件以上又は

通算１，０００件以上の十分な経験・技量を有する医師

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更内容 | 所属の別 | 所属・役職 | 氏名 | 資格条件（該当に○） |
| □追加　□削除 | □ 自院  □ 他院 |  |  | ａ　ｂ　ｃ |
| □追加　□削除 | □ 自院  □ 他院 |  |  | ａ　ｂ　ｃ |

※　追加の場合は、読影医の資格を有することを証明する書類の写しを添付してください。

※　広島市から「広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）における登録内容の変更について」（通知）を受理してから、変更内容にもとづく検診を開始してください。