

番 号
年 月 日

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

肺がん検診登録検診機関（医療機関）登録申請書

肺がん検診登録検診機関（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

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

製造会社名				
機器の種類		検査方法	車載・施設	
設置年月日	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				
定格出力	最大管電圧 kV		最大管電流 mA	
X線撮影方法	フィルム ・ CR ・ フラットパネル			

4. 肺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：