

大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査） 一次取扱医療機関承諾書（案）

資料 2 - 1

大阪府医師会長 様

当院は大阪市胃がん検診参加基準を満たしていますので、
下記に同意のうえ、貴職を代理人として承諾します

平成 年 月 日

保険医療機関コード番号

医療機関名称

--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関所在地 (〒 -)

代表者

Ⓜ 電話番号 ()

参加基準の要件を満たしている医師名を記載してください。(記載内容に変更が生じた場合、変更届を提出してください)

検査医氏名* ()

ダブルチェック担当医氏名* ()

内視鏡の種類	経口 () 本 ・ 経鼻 () 本 ※経口・経鼻の有無を大阪市ホームページ等にて公表します。		
	メーカー名	名称・型番	
自動洗浄機の種類	メーカー名	名称・型番	消毒液 (〇をつけてください)
			<ul style="list-style-type: none"> ・グルタールアルデヒド ・フラタル製剤 ・過酢酸

※承諾書提出後、後日研修を受けていただきます。
その後、検査医1名につき1症例の胃内視鏡画像サンプルをご提出いただき、内視鏡画像評価を行います。
内視鏡画像評価後に胃内視鏡検診を開始していただきます。

*添付書類（次のいずれか）

- ・有効期限内の日本消化器がん検診学会認定医または日本消化器内視鏡学会専門医または日本消化器病学会専門医の証書の写し
- ・胃内視鏡検査の経験が1,000件以上あり、現在も概ね年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している場合は別紙申告書

記

1. 大阪市と大阪府医師会との大阪市がん検診関係業務委託契約締結に関する事
2. 実施にあたっての委託単価・経費請求・注意点等の詳細は、「大阪市保健事業のしおり」に記載された実施要領に従うこと
3. その他上記に記載のない事項が生じた場合、大阪府医師会の判断に委ねること

提出先：地区医師会→大阪府医師会

大阪府医師会受付印	地区医師会受付印

大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査） 一次取扱医療機関変更届（案）

大阪府医師会長 様

平成 年 月 日

保険医療機関コード番号

--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関名称

医療機関所在地（〒 - ）

代表者



電話番号

（ ）

最新の内容を記載してください。

参加基準の要件満たしている医師名を記載してください。

検査医氏名*（ ）

ダブルチェック担当医氏名*（ ）

内視鏡の種類	経口（ ）本 ・ 経鼻（ ）本※経口・経鼻の有無を大阪市ホームページ等にて公表します。		
	メーカー名	名称・型番	
自動洗浄機の種類	メーカー名	名称・型番	消毒液 [※] （○をつけてください）
			<ul style="list-style-type: none"> ・グルタールアルデヒド ・フラタル製剤 ・過酢酸

*添付書類（次のいずれか）

- ・有効期限内の日本消化器がん検診学会認定医または日本消化器内視鏡学会専門医または日本消化器病学会専門医の証書の写し
- ・胃内視鏡検査の経験が1,000件以上あり、現在も概ね年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している場合は別紙申告書

提出先：地区医師会→大阪府医師会

大阪府医師会受付印	地区医師会受付印

(案)

別紙

大阪府医師会長様

大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査）にかかる
検査医、ダブルチェック担当医の資格要件について（申告書）

私は診療、検診にかかわらず、胃内視鏡検査の経験が 1,000 件以上あり、
かつ現在も概ね年間 100 件以上の胃内視鏡検査を実施しており、大阪市胃
がん検診（胃内視鏡検査）の検査医、ダブルチェック担当医の要件を満たし
ています。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____

④

