高知県胃がん検診実施指針に基づき実施する胃内視鏡検査に

係る検査医の認定に関する事務取扱要領

（趣旨）

第１条　この要領は、高知県胃がん検診実施指針に基づく胃内視鏡検査を実施する医師（以下「検査医」という。）の認定について必要な事項を定める。

（検査医）

第２条　検査医は、次の１もしくは２のいずれかの要件を満たし、かつ、高知県胃内視鏡検診運営委員会の認定を受けた者をいう。

　（１）日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかの資格を有する医師

　（２）診療、検診にかかわらず年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している医師

（検査医の認定の申請）

第３条　検査医の認定を受けようとする者は、高知県胃内視鏡検診運営委員会に、検査医認定申請書（別紙様式１）に、次に掲げる書類を添付して提出するものとする。

　（１）前条第１項第１号の要件の場合は、認定医・専門医の資格を証する書類の写し

　（２）前条第１項第２号の要件の場合は、検査実績を証明する申立書（別紙様式２）

（検査医の認定）

第４条　高知県胃内視鏡検診運営委員会は、前条に基づき提出された検査医認定申請書（別紙様式１）を確認し、要件を満たした医師を「検査医」として認定し、認定書（別紙様式３）を交付する。

（検査医の認定期間）

第５条　前条で認定を受けた検査医の認定期間は、次のとおりとする。

　（１）第２条第１項第１号の要件の場合の検査医の有効期間は認定日から5年を超えない年度末までの期間とする。

　（２）第２条第１項第２号の要件の場合の検査医の有効期間は認定日から3年を超えない年度末まで

の期間とする。

（検査医の更新）

第６条　検査医の認定を受けた医師は、認定期間満了の２カ月前までに、検査医認定申請書（別紙様式１）を提出し、改めて認定を受けることとする。

（認定の取消し）

第７条　高知県胃内視鏡検診運営委員会は、検査医が認定要件を満たしていないと判断した場合は、その認定を取り消すことができる。

（その他）

第８条　この要領に定めのない事項については、その都度、高知県胃内視鏡検診運営委員会委員の協議により決定する。

（事務取扱）

第９条　検査医の認定に関する事務は、高知県健康政策部健康対策課で行う。

附則　この要領は、平成28年12月14日から施行する。

附則　この要領は、平成29年４月１日から施行する。

附則　この要領は、令和５年１月23日から施行する。

別紙様式１

検査医認定申請書

　　年　　月　　日

高知県胃内視鏡検診運営委員会　御中

医師氏名

　　高知県胃がん検診実施指針に基づき実施する胃内視鏡検査を実施する医師として認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 医籍の登録番号 | | |  | 登録年月日 | 年　　月　　日 |
| 次の１もしくは２どちらの要件で申請するか、該当する要件項目に○をつけてください。 | | | | | |
| １ | 日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかの資格を有する | | | | |
| ２ | 診療、検診にかかわらず年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している | | | | |
| ≪添付書類≫  １の要件で申請する場合は、認定医・専門医の資格を証する書類の写し  ２の要件で申請する場合は、検査実績を証明する申立書（別紙様式２） | | | | | |
| 主たる勤務先の医療機関 | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | |
| 所 在 地 | | 〒 | | | |
| 電話番号 | |  | | | |
| 認定書の交付先が、主たる勤務先と異なる場合は下記へ記入 | | | | | |
| 名 称 | |  | | | |
| 所 在 地 | | 〒 | | | |
| 電話番号 | |  | | | |

別紙様式２

申　　立　　書

　　年　　月　　日

高知県胃内視鏡検診運営委員会　御中

医師氏名

　　年　　月　　から　　　年　　月までの１年間の胃内視鏡検査の実施件数は次のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | 検査件数 |
|  | 件 |
|  | 件 |
|  | 件 |
|  | 件 |
| 合　　計 | 件 |

※実績が把握できる直近の１年間の実績を記入してください。

※複数の医療機関の検査実績の合計で100件を超える場合は、必要な医療機関名と検査件数を記入し

てください。

（例：３か所の医療機関で検査実績があっても２か所で100件を超える場合は２機関分の記入でかまいません。）

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　上記内容に相違ないことを確認しました。

　　　医療機関名

院長名

※現在、主に勤務する医療機関の院長に上記内容の確認をしてもらってください。

別紙様式３

番　　　　　号

年　　月　　日

検査医認定通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　様

高知県健康政策部健康対策課長

（高知県胃内視鏡検診運営委員会事務局）

　　　　　年　月　日付けの申請に基づき、高知県胃がん検診実施指針に基づき実施する胃内視鏡検査を実施する医師としての要件を満たしていることを認定します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査医氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 認定番号 |  | 認定期間 | 年　　月　　日～年　　月　　日 |

※認定期間満了の２か月前までに、検査医認定申請書（別紙様式１）を提出し、改めて認定を受けてください。