

(様式第1号)

高知県肝疾患専門医療機関認定申請書

平成 年 月 日

高 知 県 知 事 様

(〒)

所在地 _____

医療機関名 _____

代表者氏名 _____ 印

電話番号 _____

高知県肝疾患専門医療機関の認定について、下記のとおり申請します。

記

	氏 名	日本肝臓学会 専 門 医	日本消化器病 学会 専 門 医
1 専 門 医			
2 慢性肝炎、肝硬変などの診断		1 対応できる	2 対応できない
3 肝がんの高危険群の画像診断による早期診断 (初期肝がんの診断)		1 対応できる	2 対応できない
肝がんの早期発見のために 所有している検査機器		腹部エコー C T M R I	有 無 有 無 有 無
4 インターフェロンなどの抗ウイルス治療		1 対応できる	2 対応できない

※ 該当項目に○をつけてください。

※ 肝臓専門医であることが分かる資料を添付してください。