

旭川市胃がん検診(胃内視鏡検査)ダブルチェック医療機関届出書

令和 年 月 日

旭川市長 様

検診実施医療機関開設者 住 所
 名 称
 氏 名
 電話番号

当院のダブルチェック医療機関として、下記の医療機関を届出します。

No.	ダブルチェック医療機関名	※市使用欄					
1		<input type="checkbox"/> 読影医届出確認					
	医療機関コード						
2		<input type="checkbox"/> 読影医届出確認					
	医療機関コード						
3		<input type="checkbox"/> 読影医届出確認					
	医療機関コード						
4		<input type="checkbox"/> 読影医届出確認					
	医療機関コード						
5		<input type="checkbox"/> 読影医届出確認					
	医療機関コード						

※届出のあった医療機関が実施医療機関に登録されていない場合や読影医の登録がない場合は、先にダブルチェックを行う医療機関の実施届出が必要です。