

旭川市胃がん検診（胃内視鏡検査）実施医療機関
独自様式使用申請書

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

（法人にあつては、主たる事業所の所在地及び名称）

旭川市の胃がん検診（胃内視鏡検査）を実施するに当たり、当院の独自様式の使用について承認申請
します。

| | |
|--------------------------|----------|
| 胃がん検診（胃内視鏡検査） 実施医療機関名 | |
| 独自様式の使用開始年月日 | 令和 年 月 日 |

| チェック （該当する 項目に○） | 様 式 | ※市使用欄 | |
|------------------------|------------------------------|-------|------|
| | | 書類提出 | 内容確認 |
| | 【様式1】受診票 | | |
| | 【様式2】胃がん検診の対象者に確認・説明しておくべきこと | | |
| | 【様式3】同意書 | | |

※独自様式を使用する場合には、届出時にその様式を添付すること。