

日本呼吸器内視鏡学会 認定施設更新申請書

日本呼吸器内視鏡学会における認定施設として
の認定を申請します。

年 月 日

ふりがな

施設名

施設長名

印

書類提出責任者

所属施設名、科 名

〒

所属施設住所

TEL

FAX

ふりがな
氏 名

日本呼吸器内視鏡学会会員番号

申請期間 7月1日～7月31日（必着）

気管支鏡診療体制報告書

検査室 ☐ 無 ☐ 有

気管支鏡保有数 _____ 台

年間件数 【前年】 診断 _____ 例
(前年100例以上又は過去3年間で300例以上)

治療 _____ 例

【2年前】 診断 _____ 例

治療 _____ 例

【3年前】 診断 _____ 例

治療 _____ 例

気管支鏡指導医在籍数 _____ 人

施設内病理担当医 ☐ 無 ☐ 有施設内細胞診断担当医 ☐ 無 ☐ 有

上記診療体制を証明する。

施設長 _____ 印

認定施設の必須条件ではないが
常備すべきもの

酸素	☐	無	☐	有
救急カート	☐	無	☐	有
モニタリング	☐	無	☐	有
AED	☐	無	☐	有
X線透視室	☐	無	☐	有
内視鏡洗浄機	☐	無	☐	有

気管支鏡指導医在籍証明書

日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡指導医

(自署) _____ は

年 月 日 より

引きつづき本院に常勤として在籍し気管支鏡検査

に従事していることを証明する。

年 月 日

施設名 _____

施設長 _____



日本呼吸器内視鏡学会認定施設の 病理診断担当医証明書

私は _____ 病院

における気管支鏡検査の検体の病理学的な診断を担当し、常に情報の
交換が可能な状態にあることを証明します。

年 月 日

所属施設名 _____

病理診断医 _____

⑩

日本呼吸器内視鏡学会認定施設の 細胞診断担当医証明書

私は_____病院における

気管支鏡検査の検体の細胞診学的な診断を担当し、常に情報の
交換が可能な状態にあることを証明します。

年 月 日

所属施設名

細胞診断医

⑩