

日本呼吸器内視鏡学会 関連認定施設更新申請書

日本呼吸器内視鏡学会における関連認定施設と
しての認定を申請します。

年 月 日

ふりがな

関連認定申請 施設名

関連認定申請 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50例以上又は過去3年間で150例以上) 【前年】 診断 _____ 例

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

気管支鏡専門医在籍数 _____ 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 _____ ⑩

関連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
☐非常勤）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。

(該当する方にレ印をおつけ下さい)

年 月 日

施設名 _____

施設長 _____

⑨

気管支鏡専門医在籍証明書

日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医

(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関連認定施設の 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関連認定施設の 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

関連認定施設証明書

_____ 病院

は当院の気管支鏡検査における関連施設であることを証明する。

年 月 日

(日本呼吸器内視鏡学会)

認定施設名

上記施設長名

印