

(様式2)

がん検診実施機関の概要書

【機関情報】 (県外に本社がある機関の方は、「※福井県内の支店等」の欄もご記入ください)

機関名			
代表者役職・氏名			
所在地		〒	
※ 福井県内の 支店等	支店等名		
	所在地	〒	
担当者	所属・職・氏名		
	電話・FAX	(電話)	(FAX)

【がん検診の実施体制】 (人数をご記入いただき、該当するものに○をつけてください)

スタッフ 情報		常勤	非常勤
	医師	人	人
	看護師	人	人
	臨床検査技師	人	人
	上記以外の スタッフ	人	人
運営に 関する 情報	がん検診の実施形態	施設型 ・ 巡回型	
	巡回型検診の実施地 域	福井県全域 ・ その他 ()	

【施設および設備情報】 (該当するものに○をつけ、記載欄にはご記入ください)

受診者に対するプライバシーの保護	有 ・ 無
個人情報保護に関する規程類	有 ・ 無
検診結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用	有 ・ 無
労働衛生サービス機能評価施設の認定	有 (認定年月:) ・ 無
労働衛生サービス機能評価以外の認定を受けている場合には、名称をご記入ください。	

【がん検診の精度管理】
「職域におけるがん検診に関するマニュアル」(平成30年3月 厚生労働省)
別添2「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」をチェックし添付してください。
がん検診資質向上のための検討会や委員会の開催状況または参加状況を添付してください(任意の様式)。