2027 年度 大腸 CT 検査技術認定施設 更新のご案内

2026 年 11 月
一般社団法人日本消化器がん検診学会
大腸 CT 検査技師認定委員会

下記の通り大腸 CT 検査技術認定施設更新手続きについてご案内いたしますので、内容ご確認のうえ **2027 年 1 月 31 日（日）迄**に更新書類をご提出くださいますようお願い申し上げます。

期日までに更新手続き（更新申請もしくは保留申請）が行われない場合、認定資格は喪失となりますのでご留意ください。

1. 日程概要

・申請書提出期限：**2027 年 1 月 31 日（日）厳守（消印有効）**
・認定証送付：2027 年 3 月下旬（予定）

2. 更新対象施設

2024 年度に大腸 CT 検査技術認定施設資格を取得あるいは更新した施設

3. 更新条件

大腸 CT 検査技術認定施設の新規認定を申請する施設は、次の基準を備えていること。

（1）16 列以上のマルチスライス CT が 1 台以上設置されていること。
（2）大腸 CT 検査用の炭酸ガス自動送気装置を備えていること。
（3）検査件数が十分であること。過去 3 年間に 100 件以上の撮影経験を有していること。
（4）大腸 CT 検査技師の認定資格を有する技師が常勤で 1 名以上常勤すること。本学会の総合認定医または区分認定医（大腸）が常勤で 1 名以上勤務していることが望ましい。
（5）十分な指導体制がとられていること。
（6）大腸 CT 検査の記録ならびに撮影条件の記録を保存すること。
（7）本学会が実施する全国調査に回答・協力することを宣誓する書類を提出すること。

4. 提出書類

1）大腸 CT 検査技術認定施設更新申請書【P.1～6】　1 部

2）【受領確認をされる方のみ】申請書受領通知ハガキ

更新申請書類の受領を通知するハガキです。官製ハガキ（表）に住所・施設名・担当者を記入のこと。（裏面は白紙のままで結構です。）

※書類不備等を除き、原則事務局から受領のご連絡はしておりません。

5. 更新料

30,000 円（課税）

既納の更新料（認定証交付料を含む）はいかなる理由があっても返却いたしません。

支払方法：更新料のお支払いは、下記の 2 つの方法からお選びください。

I. 郵便局の窓口

① 郵便局の窓口にて**青色の払込票**を入手の上、更新料（30,000 円）をお払いください。

② 支払いの際、下記をご記入ください。

口座記号：00180 6　　口座番号：46750

加入者名：一般社団法人　日本消化器がん検診学会

③ 通信欄・ご依頼人欄には、

「2027 年度大腸 CT 検査技術施設認定更新料」とお書きください。

その下には、貴施設のご住所、施設名等をお書きください。

④ 送金手数料は、ご負担ください。

⑤ 郵便局が日付印を押印した受領証のコピーを申請書 P.6 に貼付してください。

II. 銀行口座

① 銀行口座などから下記口座へ更新料（30,000 円）をお振込みください。

ゆうちょ銀行　019（ゼロイチキュー）店　当座　0046750

シャ）ニホンシヨウカキガンケンシンガツカイ

② 支払者名として、必ず貴施設名を記入してください。

③ 振込料は、ご負担ください。

④ 振込明細書（コピー）を申請書 P.6 に貼付してください。

＜注意＞

・事務局にて領収書の再発行はいたしません。

・更新料はいかなる場合も返却いたしませんので、**更新書類がすべて揃ってからお振込みください。**

6. 提出期限

2027 年 1 月 31 日（日）厳守（消印有効）

7. 提出方法

申請書類一式（受領確認を希望される方は、官製ハガキ（表）に住所・施設名・担当者名を記入したものを同封）を揃え、更新申請書が折らずに入る大きさの封筒（角 2）の表に「**大腸 CT 検査技術施設認定更新申請書在中**」と朱書きのうえ配達記録の残る方法（簡易書留やレターパックなど。持参は不可）にて「大腸 CT 検査技師認定委員会」宛にご送付ください。

〒112-0014 東京都文京区関口 1-19-2 第 2 弥助ビル 3 階
一般社団法人日本消化器がん検診学会
大腸 CT 検査技師認定委員会　宛

8. 問い合わせ先

大腸 CT 検査技師認定委員会　宛
info@jsgcs.or.jp
※お問い合わせはメールでのみ対応いたします。

大腸 CT 検査技術認定施設 更新申請書 （2027 年度）

年　　月　　日

日本消化器がん検診学会　理事長　殿

申請者　：	㊞
会員番号　：	
大腸 CT 検査技師 認定番号　：	CT-
所属施設名　：	
所属科　：	
E-mail　：	

日本消化器がん検診学会大腸 CT 検査技師認定制度規程・施行細則第 12 条に規定する大腸 CT 検査技術認定施設として下記の施設を申請いたします。

施設名※	※施設の正式名称をお書きくだい。
住　　所	〒　　-
ＴＥＬ	

事務局記入欄

受付日	受付番号	受領日	備　考

申請基準　（大腸 CT 検査技師認定制度規程・施行細則　第 12 条　参照）

1．当該施設に設置している 16 列以上のマルチスライス CT の所有台数

機　　種	所有台数

2．当該施設で使用している大腸 CT 検査用炭酸ガス自動送気装置の所有台数

機　　種	所有台数

3．撮影経験（申請時より遡って過去 3 年間）【合計 100 件以上必須】

期　間	西暦　2024 年 2 月 1 日 ～ 2027 年 1 月 31 日

撮影経験の内訳	実 績 数
検診　（大腸がんに対し平均的リスクの無症状者に対する検査）	件
精密検査 （便潜血陽性者や腹部の有症状者や大腸がんの家族歴を有するハイリスク者に対する検査）	件
術前検査 （大腸腫瘍が臨床的に強く疑われ、転移や他の部位の悪性腫瘍の検索や外科的治癒適応の評価を含めた検査）	件
合　　計	件

4. 当該施設所属の大腸 CT 検査認定技師、総合認定医、認定医（大腸）の在勤状況

（記載された氏名は、学会 HP の名簿ページに掲載されます）

常勤の大腸 CT 検査認定技師（1 名以上必須）

会員番号	大腸 CT 検査技師認定番号	氏　　名
	CT-	
	CT-	
	CT-	
	CT-	
	CT-	

常勤の総合認定医または認定医（区分：大腸）

会員番号	氏　　名	総合認定医・ 認定医（区分：大腸） どちらかを〇で囲んでください。
		総合認定医 ・ 認定医
		総合認定医 ・ 認定医
		総合認定医 ・ 認定医
		総合認定医 ・ 認定医
		総合認定医 ・ 認定医

5. 当該施設の指導体制について

撮影や読影の質を担保するために行っていることを具体的にご記入ください。

指導者名		**職種**	
指導体制について			

6. 大腸 CT 検査の記録ならびに撮影条件の記録保存について

保存期間や保存方法などを具体的にご記入ください。

検査記録	
撮影条件の記録	

7. 本学会が実施する全国集計調査への回答・協力に関する同意書提出について

次頁の「本学会の消化器がん検診実態調査『全国集計調査』協力同意書」に必要事項をご記入ください。

ー ー

上記、本申請書の内容に相違がないことを証明いたします。

施 設 名：

施設長名： ㊞

（署名・押印）

本学会の消化器がん検診実態調査「全国集計調査」協力同意書

認定施設承認の折には、標記の全国集計調査に協力することに同意します。

20　　年　　月　　日

担当部署：	
担当者名：	
E-mail：	
Ｔ　Ｅ　Ｌ：	

〈調査票送付先〉

住　所：	〒　　－
施設名：	

←点線内におさまるよう、貼付してください。

更新料の受領証などのコピー貼付欄

※既納の更新料（認定証交付料を含む）はいかなる理由があって返却いたしません。