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

2027 年度 新規大腸 CT 検査技術認定施設申請についてのご案内

2026 年度新規大腸 CT 検査技術認定施設の申請手続きについてご案内いたします。内容をご確認のうえ **2027 年 1 月 31 日（日）迄**に申請書類をご提出くださいますようお願い申し上げます。

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. 申請資格　大腸 CT 検査技師認定制度施行細則 第 12 条（抜粋）

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）検査件数が充分であること。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 名以上勤務すること。本学会の総合認定医または区分毎認定医（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。

3. 提出書類

1）大腸 CT 検査技術認定施設　申請書 【P.1～6】　　1 部

2）【受領確認を希望される方のみ】申請書受領通知ハガキ

申請書類の受領を通知するハガキです。官製ハガキ(表面)に住所・施設名・担当者名を記入のこと(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。

4. 認定審査料

30,000 円（課税）

既納の認定審査料(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：認定審査料のお支払いは、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、認定審査料（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 新規大腸 CT 検査技術認定施設 認定審査料」とお書きください。

その下には、貴施設のご住所、施設名等を必ずご記入ください。

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認定審査料（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（個人名は不可）。

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＞

・認定審査料はいかなる場合も返却いたしませんので、**申請書類がすべて揃ってから**

お振込みください。

5. 提出期限

2027 年 1 月 31 日（日）厳守（消印有効）

6. 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、申請書が折らずに入る大きさの封筒(角 2)の表に **「新規大腸 CT 検査技術認定施設申請書在中」**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）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

7. 問い合わせ先

大腸 CT 検査技師認定委員会　宛
info@jsgcs.or.jp
※申請資格についてご不明点などございましたら、事前に担当までご連絡ください。
※お問合せはメールでのみ対応いたします。

2027 年度 大腸 CT 検査技術認定施設　申請書

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、区分毎認定医（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区分毎認定医（大腸）

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

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。

― ―

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。

認定審査料の受領証などのコピー貼付欄

※既納の認定審査料（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。