

誓 約 書

優良総合健診施設の認定申請に伴い、下記の通り申告します。未充足の項目がある場合は、充足予定欄に記入した期限までに充足することを誓約いたします。

記	
項 目	充足または充足予定（該当する項目の□にチェックを入れてください。）
1. 個人会員の入会 計 3 名以上。施設長は医師以外でも可。ただし学術大会に参加可能な方	
施設長（医師以外も可）	<input type="checkbox"/> 入会済 <input type="checkbox"/> 年 月までに入会します。
施設長以外の医師①	<input type="checkbox"/> 入会済 <input type="checkbox"/> 年 月までに入会します。
施設長以外の医師②	<input type="checkbox"/> 入会済 <input type="checkbox"/> 年 月までに入会します。
2. 施設長の学術大会参加 毎年 1～2 月開催。直近 3 年間で 1 回以上の参加があれば参加済にチェック	
施設長の学術大会参加	<input type="checkbox"/> 参加済 <input type="checkbox"/> 年開催予定の学術大会に必ず出席します。
3. 研修会への参加 直近 3 年間で 1 回以上の出席があれば出席済にチェック	
精度管理研修会 （例年 6 月開催）	<input type="checkbox"/> 出席済 <input type="checkbox"/> 年開催予定の精度管理研修会に必ず出席します。
優良施設認定基準研修会 （例年 9 月開催）	<input type="checkbox"/> 出席済 <input type="checkbox"/> 年開催予定の優良施設認定基準研修会に必ず出席します。
4. 精度管理調査への参加	<input type="checkbox"/> 参加済 <input type="checkbox"/> 年 月から当学会精度管理調査に継続して参加し、良好の成績を維持するよう努めます。
5. 健康評価査定機構への入会	<input type="checkbox"/> 入会済 <input type="checkbox"/> 年 月までに入会します。

記 入 日 ： 2025 年 月 日

施設会員番号 ： B

施 設 名 ：

施設長役職 ：

施設長自署 ： 印

（または記名・押印 ※施設長ご本人の署名の場合は押印不要です）

以上