

# 日本総合健診医学会

## 施設会員 入会申込要領

### 1. 会員種別の定義 (定款第2章 第5条)

総合健診システムを運営する施設とする。

### 2. 会費の額

年会費：70,000円 (定款施行細則2, 2-4)

本学会事業年度は自12月1日至11月30日とする。(定款第7章 第51条)

### 3. 精度管理調査への参加

優良総合健診施設認定を受ける為には、本学会が実施する外部精度管理調査に参加することが必要です。

参加費年額：150,000円

### 4. 申込要領

「施設会員入会申込書」「施設会員入会に際してのお尋ね」「施設会員誓約書」に必要事項を漏れなく記入し、郵送にて下記学会事務局宛ご送付ください。入会承認後に年会費振込案内等を送付致します。

<学会事務局>

住所：〒151-0051

東京都渋谷区千駄ヶ谷1丁目31-10 セシア千駄ヶ谷ビル2階

電話：03-5413-4400

FAX：03-5413-0016

### 5. 施設会員の特典

- ① 本法人が取りまとめ機関になっている団体の特定健診・特定保健指導集合契約Aに参加することができます。
- ② 本法人が発行する学会誌に論文を投稿することができます。
- ③ 本法人が発行する刊行物を受領することができます。

# 日本総合健診医学会

## 施設会員入会申し込みについて

本学会の施設会員は、定款第2章の第5条(3)、施設会員：の規定により、総合健診システムを運営する施設とされております。

定款の目的に明記されております通り、総合健診をはじめとする各種の健康診査、健康評価および健康予測の研究等、学術活動を目的としております関係から、精度管理調査への参加等が義務付けられております。

以下の入会ご案内を熟読の上、お申し込みいただきますようお願い致します。

施設会員のご入会を希望されます場合には、「施設会員入会申込書」、「施設会員入会に際してのお尋ね」、「施設会員誓約書」に必要事項をご記入いただき、ご署名・捺印の上、学会事務局宛にご送付いただきますようお願い致します。

なお、年会費振込につきましては、入会承認後、会費振込口座等についてご案内申し上げます。

入会承認前には、ご送金になりませんようお願い申し上げます。

**送付先：日本総合健診医学会 事務局**

〒151-0051

東京都渋谷区千駄ヶ谷1丁目31-10

セシア千駄ヶ谷ビル2階

TEL 03-5413-4400

FAX 03-5413-0016

## 施設会員 入会申込書

記入年月日	年 月 日	※本学会の事業年度は12月1日～11月30日です。 ※入会日にかかわらず年度ごとに年会費が必要となります。
※入会希望年月日	年 月 日	
※会員番号		※事務局記入欄
ふりがな		
施設名 <small>※法人名から正式名称をご登録ください。</small>	(法人名)	
郵便番号	-	
都道府県		
住所		
電話番号		
FAX番号		
メールアドレス	厚生労働省の公開情報、健診団体連絡協議会での決定事項、当学会が主催する研修会のお知らせ等を配信します。 "0"と"o"、"1"と"l"、"2"と"z"、"-と"_"などの区別がつくよう楷書体ではっきりとご記入ください。	
施設長役職		
施設長名		
健診開始年月日	年 月 日	
精度管理調査参加月	2月・4月・7月・9月 から参加希望 (該当月に○印をつけてください)	
事務連絡担当者	部署・役職：	氏名：

- ※ 本会施設会員は、本会の精度管理調査に参加することが条件となっております。ただし、年度途中入会の場合も参加回数に限らず精度管理参加費（¥150,000）が必要となりますので、ご了承下さい。
- ※ 精度管理調査の試料配布は、2月、4月、7月、9月の年4回となります。初回参加ご希望月をご指定ください。
- ※ 年会費（¥70,000）並びに精度管理参加費の振込口座につきましては、後日ご連絡致します。
- ※ 「優良総合健診施設」取得希望施設は、施設長および別途医師2名の個人会員入会が必要となります。別途「正会員・一般会員 入会申込書」にてお申し込みください。

送付先：日本総合健診医学会 事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1丁目31-10  
セシア千駄ヶ谷ビル2階

TEL: 03-5413-4400 FAX: 03-5413-0016

※お預かりした個人情報は、当学会の個人情報取扱規定で定められている利用目的以外では使用いたしません。

## 施設会員入会に際してのお尋ね

### 本学会について：

1. 本学会をどのようにお知りになりましたか。
2. 本学会の目的、事業の概要をどのようなものにご理解していますか。
3. 本学会がうたう総合健診とはどのようなものにご理解していますか。
4. 本学会に入会を希望される、貴施設の動機はどのようなものですか。  
具体的なものがあればご記入ください。
5. 本学会への入会について、どなたかご推薦くださる方がいますか。

### 貴施設について：

1. 貴施設では、建物と設備のレイアウトが整った中で、総合的な健診を実施していますか。  
( 実施している ・ 実施していない )
2. 宿泊健診を実施していますか。  
( 実施している ・ 実施していない )
3. 巡回健診を実施していますか。  
( 実施している ・ 実施していない )
4. 貴施設で実施される総合健診と巡回健診との比率はどれくらいの割合ですか。  
総合健診\_\_\_\_\_：巡回健診\_\_\_\_\_
5. 日常健診の検体検査は、自施設にラボを持って実施していますか。  
( 実施している ・ 実施していない )
6. 検体検査のすべてに外注検査を利用していますか。  
( 自施設実施 ・ 一部外注 ・ 全て外注 )
7. 尿検査・血算・便についても外注検査を利用していますか。  
( 外注している ・ 外注していない )

施設名

記入者名 \_\_\_\_\_ 印

## 施設会員誓約書

1. 総合健診システムを運営する施設であること。
2. 本学会指定の試料による、年4回の精度管理調査に参加すること。  
外注利用施設であっても、本学会の精度管理調査に参加し、精度管理評価結果は、本学会会員施設の責任に帰し、優良認定認定更新基準となる。  
(受診者に対する判定の信頼性は、本学会の会員である健診実施施設の責任とされ、外注施設の選定、信頼性の評価は健診施設の責任によって実施されており、自施設の検査室の精度管理と同等のものとして評価される。)
3. 定められた「施設調査票」「機能調査票」「受診者統計」等の調査に所定の期限までに回答すること。
4. 年会費、精度管理参加費等は、全額一括して前納すること（会計年度は12月から11月）。分割制度はない。これら一旦納入された諸会費については、退会、不参加等においても、一切返金の請求はしないこと。
5. 優良総合健診施設の認定を受けた施設にあっては、優良総合健診施設認定基準の規定に違反または規定を遵守されていないと優良総合健診施設認定委員会から指摘された場合は、委員会の裁定または改善の指示に従い直ちに自主的な認定返上または、指摘事項の改善方を実施し、改善後は、施設から改めて改善後の再認定申請書を提出し、認定審査、実地審査の後、再認定を審査する。  
再認定に際しては、必要な実査のために要する費用を納入すること。
6. 入会時または優良総合健診施設認定後、施設の経営主体の変更、施設所在地の変更、施設名称の変更、経営権の譲渡、合併、休業、閉鎖、施設長の交代等の施設情報の変更、および優良認定要件に変更があった場合は、学会所定の様式によって直ちに届け出を行うこと。

上記の施設会員の条件の全てを了解し、各種規定を遵守することを誓約の上、別添施設会員入会申込書を送付いたします。

年 月 日

施設名

施設長自署捺印

印