

(様式1)

乳がん検診実施機関登録申請書

年 月 日

宮崎県生活習慣病検診管理指導協議会長 殿  
(市郡医師会経由)

開設者住所〒

開設者氏名

印

乳がん検診実施機関  乳房エックス線検査  
 乳房超音波検査 ) としての登録を申請します。

1 機関の名称

2 機関の所在地 〒

電話 ( ) -

3 検診従事医師名

文書取扱 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_

【事務局記入欄】 管理番号 ( )

- 受理方法 (県医師会経由・直接)  
 申請内容処理 (システム・Excel・チェック)  
 審査

(別紙)

1 検診従事医師について（条件：乳房エックス線検査の登録の場合、2名以上の読影医師）

氏名			
診療科目			
乳がん診断従事年数（年）			
マンモグラフィ診断数（年平均人）			
乳房超音波診断数（年平均人）			
所属学会名			
専門医・認定医の有無	有・無	有・無	有・無
有の場合学会名			
検診マンモグラフィ読影認定医の有無	有・無	有・無	有・無
認定年月日			

2 放射線技師について

氏名			
マンモグラフィ従事年数（年）			
マンモグラフィ撮影数（年平均人）			
検診マンモグラフィ撮影認定診療放射線技師認定の有無	有・無	有・無	有・無
認定年月日			

3 乳房エックス線検査について

可 ・ 不可 (該当するものにも○印)

4 検診に適した基準を装備したマンモグラフィ装置について

整備している ・ 装備していない (該当するものにも○印)

5 マンモグラフィ読影について

①二重読影 可 ・ 不可 (該当するものにも○印)

②不可で他機関委託の場合

機 関 名 :

6 超音波検査について

① 表在用超音波装置による検査 可 ・ 不可 (該当するものにも○印)

② プローブの電子周波数12MHz以上 可 ・ 不可

7 検診従事者を積極的に学会、研修会に参加させているか

参加させている (年 \_\_\_\_\_ 回)

参加させていない

8 市町村及び乳がん検診精密検査機関との密接な連携について

可 ・ 不可 (該当するものにも○印)

9 研修会受講状況※

氏 名	年 月 日	研 修 会 名
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※審査対象となる研修期間は、1年間（4月1日登録の場合：登録前年の1月～12月、10月1日登録の場合：登録前年の7月～当年6月）である。

※県外の学会等を受講された場合のみ研修会受講証明書（コピー）を提出すること