

(様式2)

乳がん検診精密検査機関登録申請書

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

乳がん検診精密検査機関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

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 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○印)

4 超音波検査について

可 ・ 不可 (該当するものに○印)

5 細胞診について

可 ・ 不可 (該当するものに○印)

6 組織診について

可 ・ 不可 (該当するものに○印)

7 生検(針生検・外科的生検)について

可 ・ 不可 (該当するものに○印)

8 市町村及び乳がん検診実施機関との密接な連携について（精密検査結果をすみやかに報告等）
可 ・ 不可 （該当するものに○印）

9 講習会（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	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※審査対象となる受講期間は、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