

(様式5)

乳がん検診実施機関変更届

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としての登録事項に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

機 関 の 名 称		
機関の所在地	〒	
電 話 番 号		
	変 更 の 事 由	変 更 の 内 容
<input type="checkbox"/> 機関の名称		(変更前) (医師の変更の場合は現登録の医師名を記入)
<input type="checkbox"/> 機関の所在地		(変更後)
<input type="checkbox"/> 検診従事医師		
<input type="checkbox"/> 登録の抹消		
<input type="checkbox"/> その他 ()		

※変更の事由が検診従事医師の場合は、別紙を提出すること。

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

(変更届 別紙)

検診従事医師について

氏 名			
診 療 科 目			
乳がん検診従事年数(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			

講習会（研修会）受講状況※

氏名	年月日	研修会名
	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