年　　月　　日

熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会
　乳がん部会長　様

住　　所
フリガナ
医療機関名
フリガナ
代表者氏名　　印

☎

乳がん精密検査機関認定登録〔新規〕申請書

（該当するもの全てに☑を付けること）
このことについて、下記のとおり所定の要件を満たしているので認定審査手数料を添えて申請します。
なお、乳がん精密検査機関の認定登録条件等の２の遵守事項を遵守することを約束します。

記

1. ☐　日本乳癌学会基幹施設・連携施設あるいは認定施設
　☐　熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会が認定する乳がん精密検査機関従事医師を有する施設
　担当医師名

2. ☐　マンモグラフィ及びエコーによる検査が自己機関で実施可能
　①マンモグラフィの機種名　　購入年月日
　②エコーの機種名　　購入年月日
　放射線技師氏名

3. 細胞診による検査が実施可能
　☐ ①自己機関
　☐ ②他機関（委託先機関名　　）
　検査責任者氏名
　細胞診指導医氏名・認定登録番号
　細胞検査士氏名・認定登録番号

4. 組織診による検査が実施可能
　☐ ①自己機関
　☐ ②他機関（委託先機関名　　）
　検査責任者氏名
　病理診断医氏名・認定登録番号

5. 担当医師は十分な研修歴を有すること。
　（裏面に氏名、略歴、外科医としての研修歴などを記載すること）

6. 認定登録がなされた場合、熊本県医師会インターネットホームページへ掲載致します。

（裏面に続く）

注）1. 認定審査手数料１万円を添えて申請すること。
2. 細胞診及び組織診による検査を他機関に委託して実施する場合は、委託契約書の写しを添付すること。また、検査責任者の氏名、細胞診指導医・細胞検査士・病理診断医の氏名・認定登録番号（学術団体の認定登録番号）を記載すること。
3. 担当医師氏名・略歴等については、特に外科医としての研修歴の記載もれがないよう注意すること。
4. ﾌﾘｶﾞﾅは必ず記載すること。

担 当 医 師 名 及 び 略 歴 、 研 修 歴 等

（１）担当医師氏名（フ リ カ ゙ナ）

（２）担当医師の略歴（最終学歴、勤務歴、所属学会等）

（３）研修歴等

上記申請内容に相違ありません。

年　　月　　日

フ リ ガ ナ

記入責任者氏名