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
氏　名　　印
フリガナ
自医療機関名又は
勤務先医療機関名

医籍登録番号

☎

□ ①乳がん検診従事医師
□ ②乳がん検診・精密検査機関従事医師　認定登録〔新規〕申請書
□ ③乳がん検診推進医

このことについて、下記の資格要件に該当しますので認定審査手数料を添えて新規申請します。
なお、認定登録のうえは、乳がん部会が指定する講習会等に出席する等研修に努めることを約束します。

記

（該当するもの全てに☑を付けること）

※①②③認定登録必須
□1 号　熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会がん検診従事者講習会（乳がん検診従事者）並びに指定講習会を申請前 3 年間に 3 回以上受講した者　※注）2. 部会が指定する講習会を参照

※①②認定登録必須
□2 号　日本乳がん検診精度管理中央機構　マンモグラフィ検診：読影認定医

※②認定登録（第 3 号又は第 4 号）
□3 号　日本乳癌学会：□ 乳腺認定医、□ 乳腺専門医
□4 号　日本乳癌学会基幹施設・連携施設あるいは認定施設・関連施設で乳がんについて 2 年以上研修した者で、かつ当該所属長の推薦がある者（研修機関名：　　）

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。

注）1. 認定審査手数料１万円（※医師(個人)の申請のみ２つ目以降は 2,000 円）を添えて申請すること。
※申請書は、医師(個人)用と医療機関用と 2 種類ございますのでご注意下さい。
2. 申請者は、裏面に下記の事項を必ず記入すること。
1 号による場合は講習会を受講した年月日
3 号による場合は日本乳癌学会の認定登録番号等
4 号による場合は当該機関における乳がんに関する研修歴
〈部会が指定する講習会等とは〉熊本県がん検診従事者(機関)認定協議会がん検診従事者講習会(乳がん検診従事者)、熊本乳癌研究会、日本乳癌学会、日本乳癌検診学会、日本医学放射線学会（乳がん部門）、等
3. 1 号による場合は講習会受講修了証の写し、2 号による場合は認定証（更新証明証）の写し、3 号による場合は認定証の写し、4 号による場合は当該所属長の推薦状を添付すること。
4. 医籍登録番号は必ず記載すること。
5. ﾌﾘｶﾞﾅは必ず記載すること。

（裏面に続く）

申請者略歴（最終学歴、勤務施設、研修歴等を記載すること。）

（1）略歴等

（2）研修歴

※部会が指定する講習会受講歴

年　　月　　日　講習会名：

年　　月　　日　講習会名：

年　　月　　日　講習会名：

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