

番 号
年 月 日

茨城県知事 殿

医療機関所在地
医療機関名
代表者名
T E L
メールアドレス

乳がん検診登録精密検査医療機関登録更新申請書

乳がん検診登録精密検査医療機関の登録更新について、下記のとおり申請します。

記

1 乳がん診断機器整備状況

(1) 超音波検査装置 【有・無】

機種名 : メーカー名 () ・型番 ()
プローブ名 : 型番 ()
プローブ種類 : 電子スキャナ ・ アニュラアレイメカニカルスキャナ (該当に○)
周波数帯域 : MHz ~ MHz
記録装置 : 静止画像撮影の可否 (可・否) (該当に○)

(2) 乳房専用エックス線撮影装置 【有・無】

機種名 : メーカー名 () ・型番 ()

(3) MRI 【有・無】

(4) CT 【有・無】

2 病理組織診断実施体制

(1) 自院において実施する

医師名	常勤・非常勤の別	非常勤の場合		
		申請機関での勤務	他の勤務先名	他の勤務先住所
	常勤・非常勤	月 回		
	常勤・非常勤	月 回		
	常勤・非常勤	月 回		

(2) 外注する

外注先名称 ()

3 精密検査を担当する医師の実績

氏名	乳腺専門資格		精密検査・確定診断の実績	常勤・非常勤の別	非常勤の場合 申請機関での勤務
	専門医	認定医			
			年	常勤・非常勤	月 回
			年	常勤・非常勤	月 回
			年	常勤・非常勤	月 回

* 乳腺専門医又は乳腺認定医については、認定証の写しを添付すること。

4 乳がん部会が指定する研修・講習会の参加者氏名

参加年月日	研修・講習会等の名称	主催者名	参加者氏名	職種

* 参加したことを証明する受講証や参加証等の写しを添付すること。

* 「乳がん部会が指定する研修・講習会」とは「乳がん検診従事者講習会」、「茨城乳腺疾患研究会」、「日本乳癌学会」及び「日本乳癌検診学会」である。

* 過去3年間に受講した研修・講習会を記載すること。

【本申請書に関する照会先】

部署名： 担当者名：
