|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　年　 月　　日  鹿児島県生活習慣病検診等管理指導協議会　乳がん部会長　様    医療機関名称　　　　　　　　　　　　　　　 　　　印  〒  住所  TEL 　　　FAX  E-mail  開設者氏名  申請者氏名   * E-mailは，医療機関もしくは担当者がアドレスを持っている場合のみで可。 * 印は病院印を捺印すること。 | | | | | |
| 乳がん検診精密検査実施協力医療機関登録申請書  　下記のとおり所定の要件を満たしているので申請します。  　なお，遵守事項については，これを遵守することを約束します。  記  （注）該当事項には□に✓をつけ，（　）には必要事項を記入してください  １．乳がん診断に習熟した医師が診察する。　 　 □  ２．マンモグラフィ装置を保有している。 　　 　 □  （機種名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  （購入年月日） 　　 ）  ３．第三者によるマンモグラフィ画像評価を受けている。　　　　　　　　□  （評価年月　　　　　　　　　　　　　　）　評価（ Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ　）  ４．乳がん診断用超音波装置(表在用）を保有している。 □  （機種名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  （プローブ形式及び周波数　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  （購入年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  ５．細胞診，生検の技術を有し病理診断医との連携がとれる機関である。 □  　　　（連携医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  （依頼先検査センター名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | |
| ６．前回登録から今回申請までの間に，部会が指定する研修会等に参加した（新規申　　　請機関は除く）。  ア．乳がん検診均てん化研修会・乳がん検診研修会に参加。 　　　　　**□**  　　　　　　(部会指定研修会；県医師会実施）　　　　　　　 　  イ．その他の乳がん検診関係学会・研修会に参加。　  **□** | | | | | |
|  | ア以外の参加した学会・研修会名  (2つ以内の記載で可） | 開催日 | 担当医師等  参加者氏名 | 職種 |  |
|  |  |  |  |
| ７．精検担当医師  （１）担当医氏名（複数あるときはすべて記入すること）  （２）担当医師の略歴（最終学歴，研修歴，勤務歴，所属学会等） | | | | | |
| 上記申請内容に相違ありません。  令和　　年　　月　 日  記入責任者（申請者）氏名 　　 印 | | | | | |
| 所属郡市医師会長推薦承認印  医師会名  会長名 公印 | | | | | |

※　申請者と記入責任者は同一人とすること