|  |
| --- |
|  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