

# ①2026年度 乳腺外科専門医救済措置新規申請書

黄色のセルはMy Webのデータが反映されます

会員番号(5ケタ)			
セイ (全角カタカナ)		メイ (全角カタカナ)	
姓	乳腺	名	太郎
生年月日		入会日	
E mail			
電話番号(連絡先)			
卒業大学(卒業年度)	( ) 年卒業		
医籍登録年月日	西暦	年	月
			日
		医籍番号	
外科プログラム名	■■大学外科専門研修プログラム		
外科プログラム開始年月	西暦	2020	年 4月
希望するCBT試験会場 (都道府県)	茨城県		

## 職 歴

西暦	年	月	～	年	月	勤務先
2018	年	4月	～	2019	年 3月	〇〇病院
2019	年	4月	～	2022	年 9月	■■病院
2022	年	10月	～	現在	年 月	△△病院
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	

### 【勤務先】

施設名	
住所	〒 ハイフンなしの7桁入力
TEL :	

### 【認定証 送付先】

会員ページの「書類送付先」（自宅もしくは勤務先）が反映されます。「不要」を選択している場合は「自宅」か「勤務先」のどちらかに変更してください。

住所	〒 ハイフンなしの7桁入力
----	---------------

## ② 2026年度 乳腺外科専門医新規 実績目録

1. 基幹・連携施設、認定・関連施設での修練期間(合計で3年を超えていけば可)

2018年外科プログラム開始の方：2019年4月以降を記載、2019年外科プログラム開始の方：2020年4月以降

2020年外科プログラム開始の方：2021年4月以降を記載してください

施設名	西暦 年 月 ~ 年 月
■■病院	2021 年 4 月 ~ 2022 年 9 月 ( 1 年 6 ヶ月)
△△病院	2022 年 10 月 ~ 2025 年 3 月 ( 2 年 6 ヶ月)
	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)
	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)
	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)
	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)
<b>計</b>	年 ヶ月

2. 診療経験(参考)

乳腺外科専門医・研修カリキュラム (4-5-3-1.専攻医が経験すべき目標) における症例数

※参考として入力してください。以下の症例については、証拠書類の提出は不要です

		経験の有無
1) 乳腺疾患の診療に関するインフォームド・コンセント (30例以上)		有
2) 乳癌の内分泌療法 (20例以上)		有
3) 乳癌の化学療法 (20例以上)		有
4) 乳癌の分子標的療法 (20例以上)		有
5) 乳癌の放射線治療の説明 (10例以上)		有
6) 緩和医療 (10例以上)		有
7) Oncologic emergency の管理 (5例以上)		有
手術 (NCD以外)		
分類	症例数	経験症例数
① 乳腺腫瘍摘出術	術者または助手として5例以上	6
② 乳腺膿瘍の切開排膿術	術者または助手として1例以上	1
③ 乳腺(乳房)部分切除術	術者として20例以上	25
④ 乳腺(乳房)全切除術	術者として10例以上	10
⑤ センチネルリンパ節生検術	術者として20例以上	22
⑥ 腋窩リンパ節郭清術	術者として10例以上	11
⑦ 乳房再建術	助手として5例以上	5

## ③ 学術活動一覧

## 【学術発表】

2件以上（ただし、日本乳癌学会定期学術総会もしくは国際学会の場合は1件でも可）

※添付資料として発表学会名、発表年月日が記載された抄録集の表紙か、会期が分かるページと抄録のコピーをPDFにて提出すること

NO.		演 題	学会名	発表年 (西暦)	
1	筆頭	タイトル	第〇回日本乳癌学会学術総会	2024	年
2	筆頭	タイトル	第〇回日本外科学会	2025	年
3	筆頭				年
4	筆頭				年

## 【論文発表】

1 編以上

※論文は全文のコピーをPDFにて提出のこと。

NO.		論 文 名	発表雑誌		発表年 (西暦)	
			査読	雑誌名		
1	筆頭	タイトル	○	Breast cancer	2024	年
2	筆頭					年
3	筆頭					年

## ④ 基幹・連携施設／認定・関連施設修練修了証明書

申請者氏名 乳腺太郎

---

上記の者は期間中、乳腺外科カリキュラムの基幹・連携施設もしくは日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、所定のカリキュラムに従った研修を行ったことをここに証明いたします。

期間： 西暦 2022 年 10 月 1 日 ~ 西暦 2025 年 3 月 31 日  
期間： 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日  
期間： 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

\*ひとつの施設で複数回研修を行った場合は行を分けて記載してください

合計 2 年 6 ヶ月

---

2025 年 5 月 10 日

施設名 △△病院

---

病院長名(ゴム印 可) 乳癌 花子 公印

---

2025年分を提出しないと100例に満たない場合のみ提出してください。統括責任者の署名をもらったらPDFにしてご提出ください。NCD登録が行われていない2025年1月以降の症例を申請する方のみ提出が必要です。施設ごとの提出が必要です。

2026 外救・新

⑤ 乳癌症例の診療経験目録 (NCD登録なし：2025年1月以降の症例)

申請者氏名 乳腺 太郎

NO	施行年月	病理組織診断名	術式
1	西暦 2025 年 1 月	非浸潤性乳管癌	乳腺悪性腫瘍手術
2	西暦 2025 年 月		
3	西暦 2025 年 月		
4	西暦 2025 年 月		
5	西暦 2025 年 月		
6	西暦 2025 年 月		
7	西暦 2025 年 月		
8	西暦 2025 年 月		
9	西暦 2025 年 月		
10	西暦 2025 年 月		
11	西暦 2025 年 月		
12	西暦 2025 年 月		
13	西暦 2025 年 月		
14	西暦 2025 年 月		
15	西暦 2025 年 月		
16	西暦 2025 年 月		
17	西暦 2025 年 月		
18	西暦 2025 年 月		
19	西暦 2025 年 月		
20	西暦 2025 年 月		
21	西暦 2025 年 月		
22	西暦 2025 年 月		
23	西暦 2025 年 月		
24	西暦 2025 年 月		
25	西暦 2025 年 月		
26	西暦 2025 年 月		
27	西暦 2025 年 月		
28	西暦 2025 年 月		
29	西暦 2025 年 月		
30	西暦 2025 年 月		

申請者は基幹・連携施設である

施設名： △△病院

において、記載された手術を行ったことを証明します。

2025 年 5 月 10 日

指導責任者(自署)： 指導責任者サイン

指導責任者専門医番号： ○○○