

②-1 研究業績一覧（論文）

2022年1月～2026年8月末までの乳腺疾患に関する研究業績（論文+発表）が8点以上必要

NO.	筆頭/共著	論文名	発表雑誌		発表年 (西暦)	点数
			査読	雑誌名		
1	筆頭	タイトル	○	日本癌治療学会	2023年	6
2	共著	タイトル	○	Breast Cancer	2024年	3
3					年	
4					年	
5					年	
6					年	
7					年	
8					年	
合計						9

足りない場合は行を増やしてください

点数表

	欧文論文	和文論文
筆頭	10点	6点
共著	3点	2点

※添付資料として論文の題名・所属・発表者名・要旨の記載されているページをPDFにて提出のこと

②-2 研究業績一覧（発表）

2022年1月～2026年8月末までの乳腺疾患に関する研究業績（論文+発表）が8点以上必要

NO.	筆頭/共同 発表	演 題	学 会 名	発表年 (西暦)		点数
				年	年	
1	筆頭発表	演題名	日本乳癌学会関東地方会	2024	年	2
2					年	
3					年	
4					年	
5					年	
6					年	
7					年	
8					年	
合計						2

足りない場合は行を増やしてください

点数表

	日本乳癌学会学術総会 国際学会	国内学会	日本乳癌学会地方会 乳腺関連研究会
筆頭発表者	4点	3点	2点
共同発表者	1点	1点	1点

※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にて提出のこと

③ 研修実績一覧

2022年1月～2026年8月末までの研修実績が30点以上必要

NO	学会名等(第○回を記入すること)	開催年月	点数
1	第 ○ 回 日本乳癌学会学術総会 (必須)	西暦 2022 年 7 月	6
2	第 ○ 回 日本乳癌学会学術総会 (必須)	西暦 2023 年 7 月	6
3	第 ○ 回 日本乳癌学会学術総会 (必須)	西暦 2024 年 7 月	6
4	第 ○ 回 日本乳癌学会専門医セミナー	西暦 2023 年 6 月	4
5	第 ○ 回 日本外科学会	西暦 2025 年 4 月	3
6	第 ○ 回 日本癌学会	西暦 2023 年 9 月	3
7	第 ○ 回 Annual San Antonio Breast Cancer Symposium	西暦 2024 年 12 月	4
8	第 回	西暦 年 月	
9	第 回	西暦 年 月	
10	第 回	西暦 年 月	
11	第 回	西暦 年 月	
12	第 回	西暦 年 月	
13	第 回	西暦 年 月	
14	第 回	西暦 年 月	
15	第 回	西暦 年 月	
16	第 回	西暦 年 月	
17	第 回	西暦 年 月	
18	第 回	西暦 年 月	
19	第 回	西暦 年 月	
20	第 回	西暦 年 月	
合 計			32

日本乳癌学会				その他学会		
学術総会*1	乳腺専門医・認定医セミナー	地方会	教育セミナー*2	国際学会	国内学会	乳腺関連研究会 乳腺関連講習会*3
6	4	2	1 or 2	4	3	2

*1 資格申請対象期間に、日本乳癌学会総会における研修実績を、3回以上必須とする

*2 受講証記載の点数による。但し、記載のないものは1点とする

*3 マネージング講習会、超音波講習会、JOHBOCセミナーなど適切なプログラムが組み込まれていること

その他学会については、原則的に全国規模の学会・研究会とする。それ以外のは、専門医制度委員会・認定委員会の判断による

印をもらったら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。

2027 専・更

手術療法

④-2 乳癌症例の診療経験目録

(NCD登録なし：2026年1月以降の症例記載)

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 2026 年 1 月	非浸潤性乳管癌	Bp+SNB
2	西暦 年 月		NCD術式番号（例：OP0029など）の記載も可、ただし、「乳腺悪性腫瘍手術」など、術式が不明な記載は不可
3	西暦 年 月		
4	西暦 年 月		
5	西暦 年 月		
6	西暦 年 月		
7	西暦 年 月		
8	西暦 年 月		
9	西暦 年 月		
10	西暦 年 月		
11	西暦 年 月		
12	西暦 年 月		
13	西暦 年 月		
14	西暦 年 月		
15	西暦 年 月		
16	西暦 年 月		
17	西暦 年 月		
18	西暦 年 月		
19	西暦 年 月		
20	西暦 年 月		
21	西暦 年 月		
22	西暦 年 月		
23	西暦 年 月		
24	西暦 年 月		
25	西暦 年 月		
26	西暦 年 月		
27	西暦 年 月		
28	西暦 年 月		
29	西暦 年 月		
30	西暦 年 月		

申請者は本施設において、記載された手術を行ったことを証明します。

2026 年 5 月 1 日

施設名： △△病院

病院長名（ゴム印可）： 学会 花子 公印

印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2027 専・更

混合で申請する場合も、副領域症例の症例記録が必要です。症例記録で提出が必要な症例数：副領域総数の内30%（小数点以下切り上げ）

④-1 乳癌症例記録（画像診断）

申請者氏名： 乳腺太郎

申請者は本施設において、記載された画像診断を行ったことを証明します。

2026 年 5 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可） 学会 花子 公印

症例1

初診年月：西暦 2024 年 2 月 （※日については記入不要）

診断手技： MG/Tomo 乳房US 乳房MRI 乳房CT その他（ ）

病理組織診断確認日：西暦 2024 年 3 月 （※日については記入不要）

病理組織診断名（※細胞診結果は不可）：非浸潤性乳管癌

診療内容：2024年2月 検診マンモグラフィにて右上方に石灰化を伴う腫瘤像 カテゴリー4を指摘され精査目的に来院。初診時 超音波にて右CにT 1.5 x 1.0 c m 不整腫瘤を認め組織診：Core Needle Biopsy施行。乳がん(右)と診断。

症例2

初診年月：西暦 年 月 （※日については記入不要）

診断手技： MG/Tomo 乳房US 乳房MRI 乳房CT その他（ ）

病理組織診断確認日：西暦 年 月 （※日については記入不要）

病理組織診断名（※細胞診結果は不可）：

診療内容：

症例3

初診年月：西暦 年 月 （※日については記入不要）

診断手技： MG/Tomo 乳房US 乳房MRI 乳房CT その他（ ）

病理組織診断確認日：西暦 年 月 （※日については記入不要）

病理組織診断名（※細胞診結果は不可）：

診療内容：

印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。 2027 専・更
混合で申請する場合、副領域症例の症例記録も必要です。④-1も記載し提出してください。

画像診断

④-2 乳癌症例の診療経験目録

申請者氏名： 乳腺太郎

申請者は本施設において、記載された画像診断を行ったことを証明します。

2026 年 5 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可） 学会 花子 公印

NO	初診年月(西暦)	診断手技				病理組織診断名（細胞診結果は不可）
		<input type="radio"/> MG/Tomo	<input type="radio"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
1	2024 年 7 月	<input type="radio"/> 乳房CT	<input type="radio"/> その他 (VAB)		浸潤性乳管癌	
2	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
3	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
4	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
5	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
6	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
7	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
8	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
9	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
10	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
11	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
12	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			
13	年 月	<input type="radio"/> 乳房CT	その他 ()			

印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2027 専・更

混合で申請する場合も、副領域症例の症例記録が必要です。症例記録で提出が必要な症例数：副領域総数の内30%（小数点以下切り上げ）

④-1 乳癌症例記録（放射線治療）

申請者氏名： 乳腺太郎

申請者は本施設において、記載された放射線治療を行ったことを証明します。

2026 年 5 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可） 学会 花子 公印

症例1
初診年月： 西暦 2024 年 11 月（※日については記入不要） <input type="radio"/> 原発 <input type="checkbox"/> 進行・転移再発
病理組織診断名： 浸潤性乳管癌
術式： <input type="radio"/> 乳房部分切除 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清
照射部位： <input type="radio"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他（ ）
照射期間： 西暦 2025 年 1 月 ~ 2025 年 2 月 照射線量： 50Gy
診療内容：2024年11月 左乳房異常を認め、当院を受診。精査にて左乳癌の診断となる。 12月に手術試行し、術後病理の結果、放射線治療の方針となった。

症例2
初診年月： 西暦 年 月（※日については記入不要） <input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 進行・転移再発
病理組織診断名：
術式： <input type="checkbox"/> 乳房部分切除 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清
照射部位： <input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他（ ）
照射期間： 西暦 年 月 ~ 年 月 照射線量：
診療内容：

症例3
初診年月： 西暦 年 月（※日については記入不要） <input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 進行・転移再発
病理組織診断名：
術式： <input type="checkbox"/> 乳房部分切除 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 腋窩センチネル <input type="checkbox"/> 腋窩郭清
照射部位： <input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 内胸 <input type="checkbox"/> その他（ ）
照射期間： 西暦 年 月 ~ 年 月 照射線量：
診療内容：

印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2027 専・更

混合で申請する場合、副領域症例の症例記録も必要です。④-1も記載し提出してください。

放射線治療

④-2 乳癌症例の診療経験目録

申請者氏名： 乳腺太郎

申請者は本施設において、記載された放射線治療を行ったことを証明します。

2026 年 5 月 1 日

施設名

△△病院

病院長名（ゴム印可）

学会 花子

公印

NO	施行期間（西暦）	原発/進行・転移再発	病理組織診断名	術式		照射部位		照射線量	
				<input type="radio"/>		<input type="radio"/>			
1	2023 年 3 月 ~ 2023 年 4 月	進行・ 転移再 発	浸潤性乳管癌	<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	50Gy
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
					腋窩センチネル		内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清		その他()		
2	年 月 ~ 年 月			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
					腋窩センチネル		内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清		その他()		
3	年 月 ~ 年 月			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
					腋窩センチネル		内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清		その他()		
4	年 月 ~ 年 月			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
					腋窩センチネル		内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清		その他()		
5	年 月 ~ 年 月			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
					腋窩センチネル		内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清		その他()		
6	年 月 ~ 年 月			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
					腋窩センチネル		内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清		その他()		
7	年 月 ~ 年 月			<input type="radio"/>	乳房部分切除	<input type="radio"/>	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除		腋窩	鎖骨上	
					腋窩センチネル		内胸		
				<input type="radio"/>	腋窩郭清		その他()		

印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2027 専・更

混合で申請する場合も、副領域症例の症例記録が必要です。症例記録で提出が必要な症例数：副領域総数の内30%（小数点以下切り上げ）

④-1 乳癌症例記録（薬物療法）

申請者氏名： 乳腺太郎

申請者は本施設において、記載された薬物療法を行ったことを証明します

2026 年 5 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可） 学会 花子 公印

症例1
初診年月：西暦 2024 年 10 月 (※日については記入不要)
病理組織診断名： 浸潤性小葉癌
ER: 陰性 PgR: 陰性 HER2: 陽性 治療ライン： 術後
薬剤名（略語可）： AC 投与期間： 2024 年 12 月 ~ 2025 年 3 月
診療内容：2024年10月腫瘍を自覚し、当院受診。浸潤性乳管癌の診断のもと、2024年12月に乳房全切除術施行し、pT1pN1 および、HR-, HER2+のBiologyから術後化学療法の方針となった。AC療法1サイクル目に発熱性好中球減少症（FN）を認めたため、2サイクル目からはジーラスタ®を予防的に使用し、予定の4サイクルを完遂した。

症例2
初診年月：西暦 年 月 (※日については記入不要)
病理組織診断名：
ER: PgR: HER2: 治療ライン：
薬剤名（略語可）： 投与期間： 年 月 ~ 年 月
診療内容：

症例3
初診年月：西暦 年 月 (※日については記入不要)
病理組織診断名：
ER: PgR: HER2: 治療ライン：
薬剤名（略語可）： 投与期間： 年 月 ~ 年 月
診療内容：

印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2027 専・更

混合で申請する場合、副領域症例の症例記録も必要です。④-1も記載し提出してください。

薬物療法

④-2 乳癌症例の診療経験目録

申請者氏名： 乳腺太郎

申請者は本施設において、記載された薬物療法を行ったことを証明します

2026 年 5 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名 (ゴム印可) 学会 花子 公印

NO	施行年月 (西暦)	治療ライン	病理組織診断名	ER	PgR	HER2	レジメ・薬剤名 (略語可)
1	2024 年 12 月	術後	浸潤性乳管癌	陰性	陰性	陽性	AC
2	年 月						
3	年 月						
4	年 月		レジメ名 (例) : AC,EC,FEC, FAC, DTX (Docetacel),				
5	年 月		PTX (paclitaxel), nab-PTX, TC(DOC+CPA),				
6	年 月		THP (DTX+HP), TCbHP(DTX+Carbo+HP), CMF,などの略号でレジ				
7	年 月		メが特定できれば可。				
8	年 月						
9	年 月						
10	年 月						
11	年 月						
12	年 月						
13	年 月						
14	年 月						
15	年 月						
16	年 月						
17	年 月						
18	年 月						
19	年 月						
20	年 月						
21	年 月						
22	年 月						
23	年 月						
24	年 月						
25	年 月						
26	年 月						
27	年 月						
28	年 月						
29	年 月						
30	年 月						