

① 2026年度 乳腺専門医更新 申請書

会員番号(5ケタ)	黄色のセルはMy Webのデータが反映されます		
フリガナ			
氏 名	乳腺 太郎		
E mail			
電話番号(連絡先)			
専門医番号		専門医資格有効期限	年 12月31日

職 歴（2020年以降）※非常勤の勤務先もご記載ください

西暦	年	月	～	年	月	勤務先
2020	年	4 月	～	2024	年 3 月	〇〇〇大学附属病院
2024	年	4 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	
	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		
-----	---------------	--	--

②-1 研究業績一覧（論文）

2021年1月～2025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）

2021年1月～2025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
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

2021年1月～2025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	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 マネジメント講習会、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。それ以外のものは、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。

手術療法

④-2 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 2025 年 1 月	非浸潤性乳管癌	乳腺悪性腫瘍手術
2	西暦 年 月		
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。

2025 年 7 月 1 日

施設名： △△病院

病院長名（ゴム印可）： 学会 花子 公印

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。

2025 年 7 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可）学会 花代 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。 2026 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。

2025 年 7 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可） 学会 花代 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）	
1	2024 年 7 月	☐	MG/Tomo	☐	乳房US	☐	乳房MRI	浸潤性乳管癌
			乳房CT	☐	その他 (VAB)			
2	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			
3	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			
4	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			
5	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			
6	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			
7	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			
8	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			
9	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			
10	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			
11	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			
12	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			
13	年 月		MG/Tomo		乳房US	☐	乳房MRI	
			乳房CT		その他 ()			

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。

2025 年 7 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可）

学会 花代

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）								☐	原発		進行・転移再発													
病理組織診断名：浸潤性乳管癌																								
術式：		☐	乳房部分切除		☐		乳房全切除		☐		腋窩センチネル		☐		腋窩郭清									
照射部位：		☐	温存乳房		☐		胸壁		☐		腋窩		☐		鎖骨上		☐		内胸		☐		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）								☐	原発		進行・転移再発													
病理組織診断名：																								
術式：		☐	乳房部分切除		☐		乳房全切除		☐		腋窩センチネル		☐		腋窩郭清									
照射部位：		☐	温存乳房		☐		胸壁		☐		腋窩		☐		鎖骨上		☐		内胸		☐		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）								☐	原発		進行・転移再発													
病理組織診断名：																								
術式：		☐	乳房部分切除		☐		乳房全切除		☐		腋窩センチネル		☐		腋窩郭清									
照射部位：		☐	温存乳房		☐		胸壁		☐		腋窩		☐		鎖骨上		☐		内胸		☐		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。2026 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。

2025 年 7 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可） 学会 花代 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
1	2023 年 3 月 ~ 2023 年 4 月	進行・転移再発	浸潤性乳管癌	☐ 乳房部分切除	☐ 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	
				☐ 腋窩郭清	その他()	
2	年 月 ~ 年 月			乳房部分切除	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	
				腋窩郭清	その他()	
3	年 月 ~ 年 月			乳房部分切除	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	
				腋窩郭清	その他()	
4	年 月 ~ 年 月			乳房部分切除	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	
				腋窩郭清	その他()	
5	年 月 ~ 年 月			乳房部分切除	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	
				腋窩郭清	その他()	
6	年 月 ~ 年 月			乳房部分切除	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	
				腋窩郭清	その他()	
7	年 月 ~ 年 月			乳房部分切除	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	
				腋窩郭清	その他()	

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
2025 年 7 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可） 学会 花代 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		
HR: 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：		
HR:	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：		
HR:	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。2026 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

2025 年 7 月 1 日

施設名 △△病院

病院長名（ゴム印可） 学会 花代 公印

NO	施行年月（西暦）	治療ライン	病理組織診断名	HR	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	AC
2	年 月					
3	年 月					
4	年 月					
5	年 月					
6	年 月					
7	年 月					
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					

レジメ名（例）：AC,EC,FEC, FAC, DTX (Docetacel),
PTX (paclitaxel), nab-PTX, TC(DOC+CPA),
THP (DTX+HP), TCbHP(DTX+Carbo+HP), CMF,などの略号でレジ
メが特定できれば可。