

①2024年度 乳腺専門医(新規) 申請書

申請日 2023 年 5 月 1 日

フリガナ	ニュウセン タロウ		
氏名	乳腺 太郎		
E mail(必須)	office@jbcs.gr.jp		
電話番号(連絡先)	03-5542-1555		
会員番号(5ケタ)	00123	入会年月日	西暦 2015 年 4 月 1 日
卒業大学(卒業年度)	■■■大学 (2012) 年卒業		
医籍登録年月日	西暦 2012 年 3 月 30 日	医籍番号	1234
基本的診療科認定年月日	西暦 2018 年 1 月 1 日	基本的診療科認定医認定番号	1234
希望するCBT試験会場	東京都		

職歴

西暦 年 月 ~ 年 月	勤務先
2016 年 4 月 ~ 2018 年 3 月	〇〇病院
2018 年 4 月 ~ 2021 年 9 月	××病院
2021 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	
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	△△病院
住所	〒 103-0000 東京都中央区〇〇1-1-1 TEL : 03-1111-2222
審査結果送付先が異なる場合は以下に入力してください(上書きで結構です)	
審査結果 送付先住所	〒 103-0000 東京都中央区〇〇1-1-1

② 2024年度 乳腺専門医(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5年を超えていれば可)

施設名	修練期間
〇〇病院	2 年 〇 月
××病院	3 年 6 月
△△病院	1 年 7 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
計	7 年 1 月

2.基幹・連携施設、認定・関連施設における診療経験(100症例以上)

基本的診療科区分(プルダウンにて一つ選択)	症例数
手術療法	134 例

3.研究業績(30点以上)

論文	20 点
学会等発表	10 点
計	30 点

申請書、実績目録の記載について、間違いありません

③-1 研究業績一覧(論文)

NO.	筆頭/共著	論文名	発表雑誌名	発表年 (西暦)		点数
				年	年	
1	筆頭(必須)	タイトル	Breast cancer	2020	年	10
2	筆頭	タイトル	Cancer Research	2021	年	10
3					年	
4					年	
5					年	
6					年	
7					年	
合計						20

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全文コピーをPDFにて提出のこと

③-2 研究業績一覧（発表）

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	タイトル	第〇回日本乳癌学会学術総会	2022	年	4
2	筆頭発表	タイトル	第〇回日本外科学会	2021	年	3
3	筆頭発表	タイトル	第〇回日本外科学会	2022	年	3
4					年	
5					年	
6					年	
7					年	
8					年	
合計						10

点数表

	日本乳癌学会 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

* 認定委員会が認定する全国規模の乳腺関連研究会

※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

④基幹・連携施設/認定・関連施設修練終了証明書

日本乳癌学会
認定委員会 御中

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 2016 年 4 月 1 日 ~ 西暦 2018 年 3 月 31 日

2023 年 5 月 10 日

施設名

〇〇病院

病院長名(ゴム印 可)

乳癌 花子

公印

⑤-1 診療経験目録(NCD登録症例数)

申請者氏名： 乳腺 太郎

術式	2012~ 2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	計
NP0188			23	17	12	7	59
NP0283			5				5
NP0284						1	1
NP0285(OP0022)							
OP0028							
OP0029			30	24	15		69
OP0030							
OP0031							
OP0032							
計			58	41	27	8	134

NP0188： 乳腺悪性腫瘍手術 2.乳房切除術 腋窩部郭清を伴わないもの

NP0283： 皮膚温存乳房全切除術

NP0284： 乳頭温存乳房全切除術

NP0285： 乳管腺葉区域切除術（※2019年以前はOP0022:乳腺腺管腺葉区域切除術）

OP0028： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術）（腋窩部郭清を伴う）

OP0029： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術）（腋窩部郭清を伴わない）

OP0030： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術）（腋窩鎖骨下部郭清を伴う）（胸筋切除を併施しない）

OP0031： 乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術）（腋窩鎖骨下部郭清を伴う）（胸筋切除を併施）

OP0032： 乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術）（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清併施）

申請者は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、記載された手術を行ったことを証明します。

施設名： ○○病院

指導責任者氏名： 学会 二郎 印

(指導責任者) 専門医登録番号： △△△

指導責任者印をもらったPDFにしてご提出ください。NCD登録が行われていない2012年以前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。

2024 専・新

手術療法 ⑤-2 乳癌症例の診療経験目録 (NCD登録なし:2012年1月以前の症例記載)

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 2011 年 12 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、記載された手術を行ったことを証明します。

施設名： ○○病院
指導責任者氏名： 学会 二郎 印
(指導責任者) 専門医登録番号： △△△

指導責任者印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2024 専・新

⑤-1 乳癌症例記録（画像診断）

申請者氏名： 乳腺 太郎

申請者は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、記載された診断を行ったことを証明します。

施設名： ○○病院

指導責任者氏名： 学会 二郎 印

(指導責任者)専門医登録番号： △△△

症例1
初診年月： 西暦 2019 年 1 月 (※日については記入不要)
診断手技： <input type="radio"/> MG/Tomo <input type="radio"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 (CNB)
病理組織診断確認日： 西暦 2019 年 1 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： 2019年1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： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> 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：

指導責任者印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2024 専・新

画像診断

⑤-2 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、記載された診断を行ったことを証明します

施設名： ○○病院

指導責任者氏名： 学会 二郎 印

(指導責任者)専門医登録番号： △△△

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="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	その他（ ）	
1	2020 年 10 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	非浸潤性乳管癌	
2	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
3	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
4	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
5	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
6	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
7	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
8	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
9	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
10	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
11	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
12	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		
13	年 月	<input type="checkbox"/> 乳房CT	その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI		

指導責任者印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2024 専・新

⑤-1 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、記載された放射線治療を行ったことを証明します。

施設名： ○○病院

指導責任者氏名： 学会 二郎 印

(指導責任者)専門医登録番号： △△△

症例1						
初診年月： 西暦 2019 年 11 月 (※日については記入不要)	<input type="radio"/> 原発	再発/転移				
病理組織診断名： 非浸潤性乳管癌						
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 2020 年 1 月 ~ 2020 年 2 月	照射線量：	50Gy			
診療内容：2019年11月 左乳房異常認め、当院に受診。精査にて、左乳癌の診断となる。12月に手術施行し、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	再発/転移				
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	再発/転移				
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：						

指導責任者印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が
必要です。

2024 専・新

放射線治療

⑤-2 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、記載された放射線治療を行ったことを証明します。

施設名： ○○病院

指導責任者氏名： 学会 二郎 印

(指導責任者)専門医登録番号： △△△

NO	施行期間 (西暦)	原発・再発/転移	病理組織診断名	術式	照射部位	照射線量	
1	2019 年 3 月 ~ 2019 年 4 月	原発	非浸潤性乳管癌	○ 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()		

⑤-1 乳癌症例記録（薬物療法）

申請者氏名： 乳腺 太郎

申請者は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、記載された薬物療法を行ったことを証明します。

施設名： ○○病院

指導責任者氏名： 学会 二郎 印

(指導責任者)専門医登録番号： △△△

症例1			
初診年月： 西暦 2019 年 11 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	
レジメ・薬剤名（略語可）： AC	投与期間： 2019 年 12 月 ~ 2020 年 3 月		
診療内容：2019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、2019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：	
レジメ・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：	
レジメ・薬剤名（略語可）：	投与期間： 年 月 ~ 年 月		
診療内容：			

指導責任者印をもらったらPDFにしてご提出ください。施設ごとの提出が必要です。

2024 専・新

薬物療法

⑤-2 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、記載された薬物療法を行ったことを証明します。

施設名： ○○病院

指導責任者氏名： 学会 二郎 印

(指導責任者)専門医登録番号 △△△

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	2020 年 12 月	術後	浸潤性小葉癌	陰性	陽性	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。