

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	共著	タイトル	○	日本癌治療学会誌	2023年	2
2	共著	タイトル	○	Cancer Research	2024年	3
3					年	
4					年	
5					年	
6					年	
7					年	
8					年	
合計						5

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	タイトル	第〇回日本乳癌学会関東地方 会	2024	年	2
2	共同発表	タイトル	第〇回日本外科学会	2025	年	1
3					年	
4					年	
5					年	
6					年	
7					年	
8					年	
合計						3

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 乳腺専門医・認定医セミナー	西暦 2024 年 6 月	4
5	第 ○ 回 Annual San Antonio Breast Cancer Symposium	西暦 2024 年 12 月	4
6	第 ○ 回 日本外科学会	西暦 2024 年 4 月	3
7	第 ○ 回 日本外科学会	西暦 2025 年 4 月	3
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

④ 基幹・連携施設/認定施設 常勤勤務証明書

申請者氏名 乳腺太郎

上記の者は、現在、乳腺外科専門医研修カリキュラムの基幹施設・連携施設、もしくは日本乳癌学会認定施設である本施設に常勤医として勤務しており、認定医・専門医を目指す医師の指導実績を有することを証明いたします。

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。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 指・更

手術療法

⑤-2 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 指・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）

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 2023 年 1 月 (※日については記入不要)
診断手技： <input type="radio"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input checked="" type="radio"/> その他 (CNB)
病理組織診断確認日：西暦 2023 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）：浸潤性乳管癌
診療内容：2023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：

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 指・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。⑥-1も記載し提出してください。

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="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
1	2023 年 10 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	非浸潤性乳管癌
2	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
3	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
4	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
5	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
6	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
7	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
8	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
9	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
10	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
11	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
12	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	乳房CT その他（ ）	
13	年 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	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 指・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）

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 2023 年 11 月（※日については記入不要）						<input type="radio"/> 原発		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="radio"/> 乳房全切除		<input type="radio"/> 腋窩センチネル		腋窩郭清	
照射部位：		<input type="radio"/> 温存乳房		<input type="radio"/> 胸壁		<input type="radio"/> 腋窩		<input type="radio"/> 鎖骨上	
照射期間：		西暦 2024 年 1 月 ~ 2024 年 2 月				照射線量： 50Gy			
診療内容：2023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="radio"/> 原発		進行・転移再発	
病理組織診断名：									
術式：		<input type="radio"/> 乳房部分切除		<input type="radio"/> 乳房全切除		<input type="radio"/> 腋窩センチネル		腋窩郭清	
照射部位：		<input type="radio"/> 温存乳房		<input type="radio"/> 胸壁		<input type="radio"/> 腋窩		<input type="radio"/> 鎖骨上	
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="radio"/> 原発		進行・転移再発	
病理組織診断名：									
術式：		<input type="radio"/> 乳房部分切除		<input type="radio"/> 乳房全切除		<input type="radio"/> 腋窩センチネル		腋窩郭清	
照射部位：		<input type="radio"/> 温存乳房		<input type="radio"/> 胸壁		<input type="radio"/> 腋窩		<input type="radio"/> 鎖骨上	
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 指・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。⑥-1も記載し提出してください。

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
1	2023 年 3 月 ~ 2023 年 4 月	原発	浸潤性小葉癌	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 2022 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			
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： 2022 年 12 月 ~ 2022 年 3 月	
診療内容：2022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、2022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 指・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。⑥-1も記載し提出してください。

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	浸潤性小葉癌	陰性	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。