

① 2026年度 乳腺指導医更新申請書

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)			
フリガナ			
氏 名	乳腺 太郎		
E mail			
電話番号(連絡先)			
指導医番号		指導医資格有効期限	年 12月31日
専門医番号			

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 ~ 現在 年 月	〇〇病院
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	

【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。

住所	〒 ハイフンなしの7桁入力
----	---------------

② 指導実績

指導実績の有無	有り(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれか1名以上記入すること)
----------------	-------------------------

Ⅰ 過去5年間に指導した乳腺専門医(乳腺外科専門医)			
専門医氏名	専門医番号	乳腺専門医取得年度	
指導 花子	▲▲▲	2024年度	
Ⅱ 指導した(指導している)基盤学会専門医を取得し、乳腺専門医を目指す専攻医			
専攻医氏名	基盤学会名	基盤学会専門医番号	基盤学会専門医取得年度
専門 信夫	外科	■ ■ ■	2024年度
Ⅲ 新専門医制度(乳腺外科専門医研修カリキュラム)で指導した(指導している)専攻医			
専攻医氏名			

③-1 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	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

③-2 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
				年	月	
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

④ 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 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 日本乳癌学会学術総会 教育セミナー	西暦 2024 年 7 月	1
9	第 ○ 回 日本癌学会	西暦 2022 年 9 月	3
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			36

日本乳癌学会				その他学会		
学術総会*1	専門医セミナー	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 マンガ ライ講習会、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

⑤基幹・連携施設/認定・関連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、常勤医として所定のカリキュラムに沿った研修医、専攻医の指導をしていることをここに証明いたします。

2025 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。

2026 指・更

手術療法

⑥-2 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 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。

2026 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）

⑥-1 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 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 2021 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 2021 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： 2021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。 2026 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

⑥-2 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 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	2022 年 10 月	<input type="checkbox"/> MG/Tomo	<input type="checkbox"/> 乳房US	<input type="checkbox"/> 乳房MRI	非浸潤性乳管癌	
		乳房CT	その他（ ）			
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（ ）			

⑥-1 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 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 2021 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		内胸	その他（ ）
照射期間： 西暦 2022 年 1 月 ~ 2022 年 2 月						照射線量： 50Gy					
診療内容：2021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		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）						<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		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 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

⑥-2 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 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	2021 年 3 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	
	2021 年 4 月			○	腋窩センチネル	内胸		
					腋窩郭清	その他()		
2	年 月 ~				乳房部分切除	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除	腋窩	鎖骨上	
	年 月				腋窩センチネル	内胸		
					腋窩郭清	その他()		
3	年 月 ~				乳房部分切除	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除	腋窩	鎖骨上	
	年 月				腋窩センチネル	内胸		
					腋窩郭清	その他()		
4	年 月 ~				乳房部分切除	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除	腋窩	鎖骨上	
	年 月				腋窩センチネル	内胸		
					腋窩郭清	その他()		
5	年 月 ~				乳房部分切除	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除	腋窩	鎖骨上	
	年 月				腋窩センチネル	内胸		
					腋窩郭清	その他()		
6	年 月 ~				乳房部分切除	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除	腋窩	鎖骨上	
	年 月				腋窩センチネル	内胸		
					腋窩郭清	その他()		
7	年 月 ~				乳房部分切除	温存乳房	胸壁	
					乳房全切除	腋窩	鎖骨上	
	年 月				腋窩センチネル	内胸		
					腋窩郭清	その他()		

⑥-1 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 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 2021 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
薬剤名（略語可）： AC 投与期間： 2021 年 12 月 ~ 2022 年 3 月
診療内容：2021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、2021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 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

⑥-2 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 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	HR	HER2	レジメ・薬剤名（略語可）
1	2022 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。