

① 2025年度 乳腺指導医(新規) 申請書

申請日 2024年 5月 10日

フリガナ	ニウセン タロウ		
氏名	乳腺 太郎		
E mail(必須)	office@jbcg.jp		
電話番号(連絡先)	03-5542-1555		
会員番号(5ケタ)	12345		
専門医番号	▲▲▲	専門医初回取得年	2019年
基本的診療科区分	手術療法		
認定医の同時取得	希望する		

職歴(2019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
2019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	
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◎◎◎1-2-3 TEL: 03-1111-2222
下記送付先は勤務先が自動入力されます。別住所を希望される場合には直接上書きしてください	
認定証 送付先住所	〒103-0000 東京都中央区◎◎◎1-2-3 ◎◎◎病院

② 指導実績

指導実績の有無

※Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれか1名以上を記入すること

Ⅰ 過去5年間に指導した乳腺専門医			
専門医氏名	専門医番号	乳腺専門医取得年度	
指導 花子	▲▲▲	2023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	■ ■ ■	2021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）

2020年1月～2024年7月末までの乳腺疾患に関する研究業績（論文+発表）が16点以上必要

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	タイトル	日本外科学会雑誌	2020	年	6
2	共著	タイトル	日本癌治療学会誌	2021	年	2
3	共著	タイトル	Cancer Research	2022	年	3
4					年	
5					年	
6					年	
7					年	
8					年	
合計						11

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)

2020年1月～2024年7月末までの乳腺疾患に関する研究業績（論文+発表）が16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 日本乳癌学会学術総 会	2020	年	4
2	筆頭発表	タイトル	第〇回 日本乳癌学会関東地 方会	2023	年	2
3	共同発表	タイトル	第〇回日本外科学会	2024	年	1
4					年	
5					年	
6					年	
7					年	
8					年	
合計						7

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

2020年1月～2024年7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 2020 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 年 月	
4	第 ○ 回 日本乳癌学会専門医セミナー	西暦 2020 年 5 月	4
5	第 ○ 回 Annual San Antonio Breast Cancer Symposium	西暦 2020 年 12 月	4
6	第 ○ 回 日本外科学会	西暦 2023 年 4 月	3
7	第 ○ 回 日本外科学会	西暦 2024 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 2023 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			30

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（今年度は移行期の為、参加回数0～2でも可）

*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 マンモグラフィ講習会、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、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

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。

2024 年 5 月 1 日

施設名 ◎◎◎病院

病院長名(ゴム印 可) 学会 花子 公印

⑥-1 診療経験目録(NCD登録症例数)

申請者氏名： 乳腺 太郎

術式	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	計
NP0188	2	3		2	4		11
NP0283							
NP0284							
NP0285(OP0022)							
OP0028	11	12	13	20	15		71
OP0029	3	2		10			15
OP0030							
OP0031		1			2		3
OP0032				1			1
計	16	18	13	33	21		101

※2019年8月～2024年7月までの期間の症例とする

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。

2024年 5月 10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。

2025 指・新

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、記載された診断を行ったことを証明します。

2024 年 5 月 10 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 2020 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="radio"/> その他 (CNB)
病理組織診断確認日：西暦 2020 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：2020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。

2025 指・新

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、記載された診断を行ったことを証明します。

2024 年 5 月 10 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)
1	2021 年 10 月	<input type="radio"/> MG/Tomo	<input type="radio"/> 乳房US	<input type="radio"/> 乳房MRI	非浸潤性乳管癌
		乳房CT	その他 ()		
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 ()		

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。

2025 指・新

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（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。

2024 年 5 月 10 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 2020 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	その他（ ）	
照射期間： 西暦 2021 年 1 月 ~ 2021 年 2 月						照射線量： 50Gy			
診療内容：2020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	<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	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	<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	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。

2025 指・新

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。

2024 年 5 月 10 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	2020 年 3 月 ~ 2020 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()		

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。

2025 指・新

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（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

2024 年 5 月 10 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 2020 年 11 月 (※日については記入不要)
病理組織診断名： 浸潤性乳管癌
HR: 陰性 HER2: 陽性 治療ライン： 術後
薬剤名（略語可）： AC 投与期間： 2020 年 12 月 ~ 2021 年 3 月
診療内容： 2020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、2020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。

2025 指・新

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

2024 年 5 月 10 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	2021 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。