

受付 No.

2021年 月 日

関連施設 申請書

2021年 月 日

関連施設名
_____関連施設長名(ゴム印 可)

公印

施設所在地
〒
_____TEL :

指導を行う認定施設の専門医

専門医番号

氏 名

関連施設に常勤の日本乳癌学会会員名をご記入下さい(1名)

会員番号

常勤会員名

申請書類問い合わせ先

氏 名
_____職 務
_____E-mail

上記施設を本施設の関連施設として申請します。

認定施設名
_____認定施設長名(ゴム印 可)

公印

設備内容・実績報告書

2021年 月 日

関連施設名

常勤会員名

印

※1～4の項目はすべて記載

1. 検査室の設備

検査体制

- a. マンモグラフィ (あり なし)
- b. 超音波診断装置 (あり なし)
- c. 穿刺吸引細胞診機器 (あり なし)
- d. 組織生検 (あり なし)
- e. その他
-

2. 病歴管理体制 (あり なし)

3. 乳腺疾患に関する定期的教育行事内容

4. 関連施設における2020年乳癌症例(いずれかに✓)

領 域				症 例 数
<input type="checkbox"/> 手術療法	<input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> 画像診断	例

勤務証明書

2021年 月 日

下記の医師は当施設の常勤医であることを証明します。

関連施設名

関連施設長名(ゴム印 可)

公印

常勤医氏名

当該常勤医による乳腺疾患に対する診療内容の概略

1. 外来診療(定期的な外来日の有無、乳腺疾患症例数など)

2. 病棟診療(年間診療症例数および診療内容など)