

受付 No.

2021年 月 日

認定施設 申請書

2021年 月 日

認定施設名

認定施設長名(ゴム印 可)

公印

施設所在地

〒

TEL :

専門医氏名 (診療科名)

専門医番号

1. (代表) ()

2. ()

3. ()

4. ()

5. ()

※専門医師名は5名まで、氏名を記載した先生全員の履歴書・勤務証明書が必須となります

申請書類問い合わせ先

氏 名

職 務

E-mail

設備内容・実績報告書

2021年 月 日

認定施設名

代表専門医氏名

印

※1～6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. 剖検室 (あり なし)

なしの場合

剖検依頼先施設名

4. 乳腺疾患に関する定期的教育行事内容

5. 認定施設における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 |

6. 研究業績(8点以上)

| | |
|-------|---|
| 論 文 | 点 |
| 学会等発表 | 点 |
| 計 | 点 |

乳腺認定医修練カリキュラム計画書

2021年 月 日

認定施設名

代表専門医氏名

印

1年目のカリキュラム

2年目のカリキュラム

注) 修練年次ごとの計画を日本乳癌学会認定医及び専門医修練カリキュラムの内容に則して具体的に記入すること

乳腺専門医修練カリキュラム計画書

2021年 月 日

認定施設名

代表専門医氏名

印

1年目のカリキュラム

2年目のカリキュラム

3年目のカリキュラム

4年目のカリキュラム

5年目のカリキュラム

注) 修練年次ごとの計画を日本乳癌学会認定医及び専門医修練カリキュラムの内容に則して具体的に記入すること

乳癌症例記録（画像診断）

認定施設名

代表専門医氏名

印

症例1

| | | | | | | |
|--------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 初診年月 | ： | 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 | <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 | <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 診療内容 | ： | | | | | |

症例2

| | | | | | | |
|--------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 初診年月 | ： | 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 | <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 | <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 診療内容 | ： | | | | | |

症例3

| | | | | | | |
|--------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 初診年月 | ： | 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 | <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 | <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 診療内容 | ： | | | | | |

症例記録（画像診断）

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例4 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例5 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例6 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例7 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

症例記録（画像診断）

| |
|--|
| 症例8 |
| 初診年月：西暦 20 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 20 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）： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 診療内容： |

| |
|--|
| 症例9 |
| 初診年月：西暦 20 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 20 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）： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 診療内容： |

| |
|--|
| 症例10 |
| 初診年月：西暦 20 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 20 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）： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 診療内容： |

| |
|--|
| 症例11 |
| 初診年月：西暦 20 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 20 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）： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 診療内容： |

症例記録（画像診断）

| | | | |
|--------------------|--|-----|---------------|
| 症例12 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | | | |

| | | | |
|--------------------|--|-----|---------------|
| 症例13 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | | | |

| | | | |
|--------------------|--|-----|---------------|
| 症例14 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | | | |

| | | | |
|--------------------|--|-----|---------------|
| 症例15 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | | | |

症例記録（画像診断）

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例16 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例17 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例18 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例19 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |

症例記録（画像診断）

| | | | | |
|--------------------|--|---|---|---------------|
| 症例20 | | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 診療内容 | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--|---|---|---------------|
| 症例21 | | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 診療内容 | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--|---|---|---------------|
| 症例22 | | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 診療内容 | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--|---|---|---------------|
| 症例23 | | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 診療内容 | | | | |

症例記録（画像診断）

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例24 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例25 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例26 | | | |
| 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例27 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | ： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

症例記録（画像診断）

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例28 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例29 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例30 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 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 20 | 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） | ： | | |
| | <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

認定施設における乳腺疾患に関する業績目録

認定施設名での申請前2年間(2019年1月から2020年12月までの2年間)の研究発表。

発表者の施設名は認定施設名に限る。

2021年 月 日

認定施設名

1. 学術論文

| NO. | | 論 文 名 | 発表雑誌名 | 発表年 (西暦) | 点数 |
|-----|---|-------|-------|-------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 | | | 年 | |
| 2 | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 | | | 年 | |

2. 学 会

| NO. | | 演 題 | 学会名 | 発表年 (西暦) | 点数 |
|-----|---|-----|-----|-------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 | | | 年 | |
| 2 | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 | | | 年 | |
| 3 | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 | | | 年 | |
| 4 | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 | | | 年 | |
| 5 | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 | | | 年 | |

※点数表

| | 欧米論文 | 和文論文 | 日本乳癌学会発表 国際学会発表 | 国内学会発表 | 日本乳癌学会地方会発表 乳腺関連研究発表 |
|-----|------|------|--------------------|--------|-------------------------|
| 筆 頭 | 10点 | 6点 | 4点 | 3点 | 2点 |
| 共 著 | 3点 | 2点 | 1点 | 1点 | 1点 |

認定施設に所属する関連施設

2021年 月 日

認定施設名

認定施設長名(ゴム印 可)

公印

関連施設の有無

- 有り 無し(下記表の記載および書類9-2の提出は不要)

| 指導専門医・指導医 | NO. | 関連施設名 |
|-----------|-----|-------|
| | 1 | |
| | 2 | |
| | 3 | |
| | 4 | |
| | 5 | |
| | 6 | |
| | 7 | |
| | 8 | |
| | 9 | |
| | 10 | |
| | 11 | |
| | 12 | |
| | 13 | |
| | 14 | |
| | 15 | |
| | 16 | |
| | 17 | |
| | 18 | |
| | 19 | |
| | 20 | |

※一人の専門医が指導する関連施設は4施設までです。

※記載のある関連施設は、認定施設がとりまとめて申請書を提出すること。

2019年・2020年関連施設指導実績

2021年 月 日

認定施設名

認定施設長名(ゴム印 可)

公印

| 関連施設名 | 指導頻度 回/年 | 指導内容 |
|-------|-------------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

※記載欄不足の場合は、追加して下さい。