（様式１）

乳がん検診実施機関登録申請書

 　　 　 年 　　月　 　日

 宮崎県生活習慣病検診管理指導協議会長 殿

 （市郡医師会経由）

 開設者住所〒

|  |  |
| --- | --- |
|  開設者氏名 | 印 |

 乳がん検診実施機関としての登録を申請します。

 １ 機関の名称

 ２ 機関の所在地 〒

 電話（ ） 　 －

 ３　検診従事医師名

文書取扱

担当者名

（別紙）

１ 検診従事医師について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| マンモグラフィ診断数（年平均） |  |  |  |
| 乳房超音波診断数（年平均） |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  　有　・ 無 |  有　・ 無 |  有　・ 無 |
|  |  |  |  |
| 検診マンモグラフィ読影認定医の有無 |  有　・ 無 |  有　・ 無 |  有　・ 無 |
|  |  |  |  |

２ 放射線技師について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  　　　　　　  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 検診マンモグラフィ撮影認定診療放射線技師認定の有無  |  有　・ 無  |  有　・ 無  |  有 ・ 無  |
| 認定年月日 |  |  |  |

３ マンモグラフィについて

 ① 設置台数 ：（ 台 ）

 ② メーカー　：（ ）

　　　③　 機 　 種　：（ ）

 ① 購入年月日：（ 年　　　月 ）

４ マンモグラフィ撮影方法について 　　　　（該当するものに○印）

 ① 内外斜位方向 　 可　　・　不可

 ② 頭尾方向 可 ・ 不可

５ マンモグラフィ読影について

 ①二重読影　　　 　　　 可　 ・　不可 （該当するものに○印）

 ②可で他機関委託の場合

 機　関　名：

 読影医師名：

 認定の有無： 有　　　・　　　無　（該当するものに○印）

６　超音波検査について

 ①　可　・　不可 （該当するものに○印）

 　②　超音波診断装置名（型式名）：

 　　プローブの機種：メカニカルセクタスキャナ

アニュラアレイスキャナ　　　（該当するものに○印）

電子リニアスキャナ

電子波数 ：　　　　　　　　 ＭＨz

７ 講習会（研修会）受講状況※

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　 |  　 年　月　日 |  研　　修　　会　　名 |
|  | 　　 年 月 　日 |  |
|  | 　　 年 月 　日 |  |
|  | 　　 年 月 　日 |  |
|  | 　　 年 月 　日 |  |
|  | 　　 年 月 　日 |  |

|  |
| --- |
| 　　　　講習会（研修会）受講証明書（コピー）を貼る位置県外の学会等を受講された場合のみ講習会（研修会）受講証明書　　（コピー）を貼ること。（別紙でも可） |

※審査対象となる受講期間は、１年間（４月１日登録の場合：登録前年の１月～１２月、１０月１日登録の場合：登録前年の７月～当年６月）である。