

(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

ふり 氏	がな 名			
診 療 科 目				
乳がん診断従事年数(年)				
マンモグラフィ診断数(年平均人)				
乳房超音波診断数(年平均人)				
所 属 学 会 名				
専門医・認定医の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
有の場合学会名				
検診マンモグラフィ 読影認定医の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
認 定 年 月 日				

2 放射線技師について

ふり 氏	がな 名			
マンモグラフィ従事年数(年)				
マンモグラフィ診断数(年平均人)				
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	有 ・ 無
認 定 年 月 日				

7 講習会（研修会）受講状況※

ふり 氏	がな 名	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。