（様式２）

乳がん検診精密検査機関登録申請書

 　　 　 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 |

 乳がん検診精密検査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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　 |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |

３ 細胞診指導医、細胞検査士について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 認定医・専門医の有無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |
|  |  |  |  |

４ 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

５ マンモグラフィ装置について

 ① 設置台数 ：（ 台 ）

 ② メーカー　：（ 　　　 ）

　　　③　 機 　 種　：（ 　　　 ）

 ④ 購入年月日：（Ｓ・Ｈ 　 年　　　月 ）

６ 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

７ 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）

８ 細胞診について

 ①　　可　・　不可 （該当するものに○印）

 ②他機関に委託の場合には、その機関名及び所在地

 機関名：

 所在地：

９　組織診について

　　　①　　可　・　不可 （該当するものに○印）

１０　生検（針生検・外科的生検）について

 ①　　可　・　不可　　（該当するものに○印）

１１ 生検標本の病理診断について

 　　① 可　・ 不可 （該当するものに○印）

 　　②不可で他機関委託の場合には、その機関名及び所在地

 　機関名 ：

 　所在地 ：

１２ 手術について

 　　① 可　・　不可 （該当するものに○印）

 　　②可能な場合には、その実施数（年平均） （ 人）

 　　③不可で他機関委託の場合には、その機関名及び所在地

 機関名 ：

 所在地 ：

１３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 |  |
|  | 　　 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。