

(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 ( ) ー

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

フリ 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 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	
認 定 年 月 日				

### 2 放射線技師について

フリ 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	
認 定 年 月 日				

### 3 細胞診指導医、細胞検査士について

フリ 氏	がな 名			
乳がん診断従事年数 (年)				
所 属 の 学 会 名				
認定医・専門医の 有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
有 の 学 会 名				

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  
電子リニアスキャナ

(該当するものに○印)

電子波数 : MHz

5 マンモグラフィー装置について

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:

1 3 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	
		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。