

(様式5)

乳がん検診実施機関変更届

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事項に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

機関の名称		
機関の所在地	〒	
電話番号		
	変更の事由	変更の内容
<input type="checkbox"/> 機関の名称		(変更前) (医師の変更の場合は現登録の医師名を記入)
<input type="checkbox"/> 機関の所在地		
<input type="checkbox"/> 検診従事医師		
<input type="checkbox"/> 登録の抹消		(変更後)
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

※変更の事由が検診従事医師の場合は、別紙を提出すること。

文書取扱 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

(変更届 別紙)

検診従事医師について

ふり 氏	がな 名			
診 療 科 目				
乳がん検診従事年数(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				

講習会（研修会）受講状況※

ふりがな 氏名	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	

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日登録の更新前の場合：登録前年の7月～当年6月）である。