

(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 | | (変更後) |
| <input type="checkbox"/> 検診従事医師 | | |
| <input type="checkbox"/> 登録の抹消 | | |
| <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 _____

【事務局記入欄】 管理番号()

- 受理方法(県医師会経由・直接)
- 申請内容処理(システム・Excel・チェック)
- 審査

(変更届 別紙)

検診従事医師について

| | | | |
|-----------------------|-------|-------|-------|
| 氏 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 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 | | | |

講習会（研修会）受講状況※

| 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 | |

※審査対象となる研修期間は、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。

※県外の学会等を受講された場合のみ研修会受講証明書（コピー）を提出すること