

年 月 日

茨城県知事 殿

医療機関所在地  
医療機関名  
代表者名  
T E L  
メールアドレス

### 乳がん検診登録精密検査医療機関登録申請書

乳がん検診登録精密検査医療機関の登録について、下記のとおり申請します。

#### 記

#### 1 乳がん診断機器整備状況

##### (1) 超音波検査装置 【有・無】

機種名 : メーカー名 ( ) ・型番 ( )  
プローブ名 : 型番 ( )  
プローブ種類 : 電子スキャナ ・ アニュラアレイメカニカルスキャナ (該当に○)  
周波数帯域 : MHz ~ MHz  
記録装置 : 静止画像撮影の可否 (可・否) (該当に○)

##### (2) 乳房専用エックス線撮影装置 【有・無】

機種名 : メーカー名 ( ) ・型番 ( )

##### (3) MRI 【有・無】

##### (4) CT 【有・無】

#### 2 病理組織診断実施体制

##### (1) 自院において実施する

医師名	常勤・非常勤の別	非常勤の場合		
		申請機関での勤務	他の勤務先名	他の勤務先住所
	常勤・非常勤	月 回		
	常勤・非常勤	月 回		
	常勤・非常勤	月 回		

(2) 外注する

外注先名称 ( )

3 精密検査を担当する医師の実績

氏名	乳腺専門資格		精密検査・確定診断の実績	常勤・非常勤の別	非常勤の場合 申請機関での勤務
	専門医	認定医			
			年	常勤・非常勤	月 回
			年	常勤・非常勤	月 回
			年	常勤・非常勤	月 回

\* 乳腺専門医又は乳腺認定医については、認定証の写しを添付すること。

4 乳がん部会が指定する研修・講習会の参加者氏名

参加年月日	研修・講習会等の名称	主催者名	参加者氏名	職種

\* 参加したことを証明する受講証や参加証等の写しを添付すること。

\* 「乳がん部会が指定する研修・講習会」とは「乳がん検診従事者講習会」、「茨城乳腺疾患研究会」、「日本乳癌学会」及び「日本乳癌検診学会」である。

\* 過去3年間に受講した研修・講習会を記載すること。

5 登録要件の遵守について

- (1) 県が、検診の精度管理のために行う精密検査結果の追跡調査に協力いたします。
- (2) がんと診断された患者を対象として、市町村及び集団検診機関が収集する「手術・治療レポート」等の提出に協力いたします。
- (3) 乳がん部会が指定する「乳がん検診従事者講習会」、「茨城乳腺疾患研究会」、「日本乳癌学会」及び「日本乳癌検診学会」に参加して、診断技術の向上、精度管理等に努めます。

【本申請書に関する照会先】

部署名：

担当者名：