

_____年 _____月 _____日

日本乳癌学会

専門医制度地方創生委員会 御中

申請者氏名 _____ ㊞

日本乳癌学会専門医制度規則による乳腺指導医認定申請表紙

標記について、別添書類を提出しますのでよろしくお願ひします。

	正本	複写
1. 指導医認定申請書表紙	1	
2. 指導医認定申請書および履歴書	1	1
3. 乳腺専門医認定証(写)	1	1
4. 認定施設(関連施設を含む)での勤務証明書 (常勤にかぎる)	1	1
5. 診療経験目録	1	1
6. 研究業績目録(証拠書類は各々コピー1部添付)	1	1
7. 研修実績目録(証拠書類は各々コピー1部添付)	1	1
8. 指導業績	1	1
9. 払込票兼受領書(写)	1	
10. 受領はがき(ご自身でご用意願ひします)	1	

認定施設（関連施設）勤務証明書

日本乳癌学会
地方創生委員会 御中

申請者 所属

氏名

上記の者は現在、日本乳癌学会認定施設である本施設において、所定のカリキュラムに沿って研修医、専攻医の指導をしていることをここに証明致します。

平成 年 月 日

施設名

院長名 ※院長以外のサイン捺印は不可※

氏名

印

研修実績目録

申請者氏名

印

※ 参加証のコピーを必ずご提出ください※

NO	学会名等（第〇回を記入すること）	開催地	開催年月日	点数
			合	計

地方創生委員会判定（合・否） 委員署名： []

※目録が複数枚になる場合は、すべての点数の合計を1枚目に記載して下さい。※

指導業績

指導医申請者名 _____

過去5年間に貴施設で養成した乳腺専門医			
乳腺専門医取得年度	専門医認定番号	専門医氏名	備考

基盤学会専門医を修得し、乳腺専門医を目指す専攻医			
基盤学会専門医修得年度	専門医番号	氏名	備考

※必ず1名以上(直近で指導した専門医または専攻医)の業績を記載して下さい。※

乳癌症例の診療経験目録

※手術 100 例もしくは手術症例が 100 例に満たない場合のみ 手術+他領域併せて 100 例以上
 但し手術症例を 50 例以上記載すること

施設名

施設長氏名

印

申請者氏名

印

NO	施行月（括弧内は終了月）	病理組織診断名	実施診療実績名	備考
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			
	年 月（～ 月）			

- 注1) 症例は認定施設・関連施設以外の症例も可
- 注2) 症例 NO は用紙番号の順に 1～100 以上の通し番号を記入。施設ごとに別用紙を使用
- 注3) 診断、手術は施行年月を記載、化学療法、放射線治療は開始年月と括弧内の終了日を記載
- 注4) 実施診療実績名は、術式、治療法などを記入
- 注5) 化学療法で NCD 登録（薬物で責任医師名を登録）されているときは備考に NCD と記載。
- 注6) 役割分担は術者・助手は問いません。
- 注7) 必要に応じてコピーしてください。