

_____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. 受領ハガキ(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

認定施設（関連施設）名

施設長（院長）※院長以外のサイン捺印は不可※

氏 名

⑩

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)の業績を記載してください。※

症例記録 1

領域 (当てはまる番号に○をつけてください) 1. 画像診断 2. 放射線治療 3. 化学療法

(主領域で 50 例以上記載すること) ※30 例を症例記録に記載、残り 70 例以上は症例経験目録へ記載ください※

平成 年 月 日

院長のサイン・捺印に限る

施設名 _____

氏名 _____ 印

申請者氏名 _____ 印

症例 1	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 2	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 3	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例記録 2

症例 4	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 5	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 6	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例記録 3

症例 7	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 8	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 9	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例記録 4

症例 10	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 11	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 12	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例記録 5

症例 13	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 14	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 15	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例記録 6

症例 16	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 17	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 18	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例記録 7

症例 19	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 20	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 21	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例記録 8

症例 22	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 23	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 24	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例記録 9

症例 25	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 26	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 27	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例記録 10

症例 28	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 29	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

症例 30	貴施設 ID	生年月日 昭和 平成 年 月 日
病歴		
診療内容		

いずれかに○を付けてください。

乳癌症例の診療経験目録 (混合可、手術・診断・放射線治療・化学療法) ホルモン療法不可

院長のサイン・捺印に限る

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)			
	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。