

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 印

日本乳癌学会専門医制度規則による認定医申請について

標記について、別添書類を提出いたしますのでよろしくお願い致します。

記

	正本	副本 (コピー)
1. 認定医認定申請書表紙	1	
2. 日本乳癌学会認定医認定申請書	1	1
3. 履歴書	1	1
4. 日本国の医師免許証 (写)	1	1
5. 基本的領域診療科の認定証 (写)	1	1
6. 診療経験 (診療実績証明書)	1	1
7. 認定施設研修終了証明証	1	1
8. 研修カリキュラム (基本的事項)	1	1
9. 研修カリキュラム (専門的事項)	1	1
基本的事項にチェックをした科のもの (例: 外科なら外科の専門医的事項の提出。他は不要)		
10. 認定医業績目録 (証明書類は各コピー 1 部添付)	1	1
11. 払込受領書 (写)	1	
12. 受領はがき	1	

※認定医番号 ()

日本乳癌学会 認定医申請書

フリガナ		連絡先	
姓 名		<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅
基本的診療科名 (どれかひとつにチェック)	<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 画像診断		
日本乳癌学会 会員番号		入会年月日	年 月 日
医師免許証 医籍番号			
医籍登録年月日	年	月	日
基本的診療科認定年月日	年	月	日
基本的診療科認定医認定番号			
生年月日	年	月	日 (歳)

勤務先：

施設名 (科)			
住 所	郵便番号		
電 話			
Email			

自宅：

住 所	郵便番号		
Email			

推 薦 状

上記のものを日本乳癌学会の認定医として推薦致します。			
年	月	日	
推薦者	評議員	氏名 (自筆)	印

診 療 経 験 (認定医)

申請者名 _____

施設番号 _____

診療施設名 _____

診 断		治 療	
疾患名	経験した症例数	疾患名	経験した症例数
良性疾患		良性疾患	
原発乳癌		原発乳癌	
再発乳癌		再発乳癌	
その他		その他	

(研修した施設が複数の場合は本紙をコピーして記入してください)

診 療 実 績 証 明 書

申請者は、本施設において下記の期間中に申請どおりの診療実績があることを証明します。

期間： 年 月 日 より 年 月 日まで

年 月 日

施設名

研修責任者 役職

氏名

印

認定・関連施設研修終了証明書

日本乳癌学会

地方創生委員会 御中

申請者 所属 _____

氏名 _____

上記の者は下記の期間中、日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、
所定のカリキュラムに従った研修を行い、終了したことをここに証明致します。

期間： 年 月 より 年 月 まで

年 月 日

施設名

研修責任者 役職

氏名

印

基本的事項

内容を理解している項目には○印を、理解していない項目には×印を記入する。

項 目		理解度	
解剖（正常乳房の基本的な組織像、乳房腋窩領域の解剖）			
生理 (性ホルモンと乳腺)	性周期と乳腺		
	妊娠・授乳期乳腺		
	加齢による乳腺の変化		
	その他（食事・肥満・HRT など）		
疫学	一般的事項（罹患率・死亡率・再発形式）		
	家族性乳癌		
	危険因子		
	その他（ ）		
病理	先天異常と発達異常		
	良性疾患	炎症	
		乳腺症	
		乳管内乳頭腫	
		乳頭部腺腫	
		腺腫	
		線維腺腫	
		葉状腫瘍	
		乳管拡張症	
		炎症性偽腫瘍	
		女性化乳房症	
		その他（ ）	
	悪性疾患	非浸潤性乳管癌	
		非浸潤性小葉癌	
		乳頭腺管癌	
		充実腺管癌	
		硬癌	
		特殊型	
		Paget 病	
		炎症性乳癌	
		男子乳癌	
		妊娠・授乳期乳癌	
		非上皮性腫瘍	
		病理組織悪性度の分類	
		その他（ ）	

項 目		理解度	
バイオロジー	自然史		
	増殖・進展		
	ヘテロジェナイティ		
	ホルモンレセプター		
	癌関連遺伝子		
	その他 ()		
検診	集団検診		
	自己検診		
診断	問診と病歴の取り方		
	視触診		
	病気分類		
	乳房画像診断 (マンモグラフィ・超音波診断 サーモグラフィ・CT・MRI)		
	骨シンチグラフィ		
	CT (乳房外)		
	MRI (乳房外)		
	超音波診断 (乳房外)		
	腫瘍マーカー		
	細胞診		
	針生検		
	外科的生検		
	その他 ()		
	治療	治療方針の適応決定	
局所療法		手術	乳房切除術
			乳房温存手術
			リンパ節郭清
		放射線療法	
全身療法		化学療法	
		内分泌療法	
		その他	
治療効果の判定方法			
薬物有害反応			
その他 ()			
リハビリテーション			
緩和・終末期医療			
医療倫理	インフォームドコンセント		
	クオリティーオブライフ		
	カウンセリング		
	臨床試験		
	医療保障・医療経済		

専門的事項 外科

専門医・認定医

【記入方法】 □内にレを付ける。

A：主治医または執刀医として経験した症例数

B：経験または見学した項目

診療対象	A (件)	39 以下	40~99	100 以上		
		10 以下	11~50	51~100	101~200	201 以上
乳癌		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
乳腺症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
繊維腺腫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
女性化乳房症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B (確認)

思春期早発症	<input type="checkbox"/>
巨大乳房	<input type="checkbox"/>
副乳	<input type="checkbox"/>
陥没乳頭	<input type="checkbox"/>
乳管拡張症	<input type="checkbox"/>
乳汁漏出症	<input type="checkbox"/>
周期性乳房痛 (月経依存性)	<input type="checkbox"/>
急性乳腺炎	<input type="checkbox"/>
乳管内乳頭腫	<input type="checkbox"/>
乳頭部腺腫	<input type="checkbox"/>
腺腫	<input type="checkbox"/>
葉状腫瘍	<input type="checkbox"/>
Paget 病	<input type="checkbox"/>
肉腫	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>

診断 A (件)

	10 以下	11~20	21~50	51~100	101~200	201 以上
マンモグラフィ (乳管造影法を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
超音波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サーモグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳管内視鏡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
針生検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外科的生検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

治療 A (件)

	10 以下	11~20	21~50	51~100	101~200	201 以上
切開排膿術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腫瘍摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房切除術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房温存手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
再発巣切除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内分泌療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
化学療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房再建術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房形成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
卵巣摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
植皮術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療倫理 B (確認)

臨床試験	<input type="checkbox"/>
医療相談 (カウンセリング)	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>

専門的事項 化学療法

専門医・認定医

【記入方法】 □内にレを付ける。

A：主治医または執刀医として経験した症例数

B：経験または見学した項目

診療対象 A (件)	5 以下	6～10	11～20	21 以上
再発 (転移)				
局所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リンパ節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚軟部組織	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸膜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心嚢膜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳脊髄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

診断 A (件)	5 以下	6～10	11～20	21 以上
超音波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨シンチグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MR I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
細胞診・針生検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨髄穿刺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

治療 A (件)	5 以下	6～10	11～20	21 以上
治療方法のプランニング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内分泌療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
化学療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
放射線療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
補助療法 (術前・術後)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
支持療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
造血幹細胞移植	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

治療 B (確認)	
抗癌剤の薬理	<input type="checkbox"/>
薬剤耐性	<input type="checkbox"/>
薬物有害反応の評価方法	<input type="checkbox"/>
治療効果の判定基準 (臨床的)	<input type="checkbox"/>
治療効果の判定基準 (組織学的)	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>

緩和・終末期医療 A (件)	5 以下	6～10	11～20	21 以上
疼痛コントロール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脊髄圧迫症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高カルシウム血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体腔液貯留コントロール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療倫理 B (確認)	
臨床試験	<input type="checkbox"/>
医療相談 (カウンセリング)	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>

専門的事項 画像診断

専門医・認定医

【記入方法】 □内にレを付ける。

A：主治医または執刀医として経験した症例数

B：経験または見学した項目

診療対象 A (件)	10 以下	11～50	51～100	101～200	201 以上
マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳管造影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D S A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他のX線診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
超音波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MR I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
核医学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
インターベンショナル診断					
超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MR I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
インターベンショナル治療					
超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MR I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療倫理 B (確認)

臨床試験	<input type="checkbox"/>
医療相談 (カウンセリング)	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>

専門的事項 放射線治療

専門医・認定医

【記入方法】 □内にレを付ける。

A：主治医または執刀医として経験した症例数

B：経験または見学した項目

診療対象 A (件) 原発巣	10 以下	11～50	51～100	101～200	201 以上
乳房温存症例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手術不能進行癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
炎症性乳癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

再発 (転移) 局所	5 以下	6～10	11～20	21 以上
リンパ節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚軟組織	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸膜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心嚢膜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳脊髄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

治療法 A (件)	10 以下	11～50	51～100	101～200	201 以上
X (γ) 線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電子線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小線源治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

皮膚反応 A (件)	5 以下	6～10	11～20	21 以上
局所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上肢浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療倫理 B (確認)

臨床試験	<input type="checkbox"/>
医療相談 (カウンセリング)	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>

専門的事項 産婦人科

専門医・認定医

【記入方法】 □内にレを付ける。

A：主治医または執刀医として経験した症例数

B：経験または見学した項目

診療対象	A (件)	39 以下	40~99	100 以上		
		10 以下	11~50	51~100	101~200	201 以上
乳癌		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
乳腺症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
繊維腺腫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
女性化乳房症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B (確認)

思春期早発症	<input type="checkbox"/>
巨大乳房	<input type="checkbox"/>
副乳	<input type="checkbox"/>
陥没乳頭	<input type="checkbox"/>
乳管拡張症	<input type="checkbox"/>
乳汁漏出症	<input type="checkbox"/>
周期性乳房痛 (月経依存性)	<input type="checkbox"/>
急性乳腺炎	<input type="checkbox"/>
乳管内乳頭腫	<input type="checkbox"/>
乳頭部腺腫	<input type="checkbox"/>
腺腫	<input type="checkbox"/>
葉状腫瘍	<input type="checkbox"/>
Paget 病	<input type="checkbox"/>
肉腫	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>

診断 A (件)

	10 以下	11~20	21~50	51~100	101~200	201 以上
マンモグラフィ (乳管造影法を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
超音波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サーモグラフィ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳管内視鏡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
針生検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外科的生検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

治療 A (件)

	10 以下	11~20	21~50	51~100	101~200	201 以上
切開排膿術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腫瘍摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房切除術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房温存手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
再発巣切除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内分泌療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
化学療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房再建術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房形成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
卵巣摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
植皮術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療倫理 B (確認)

臨床試験	<input type="checkbox"/>
医療相談 (カウンセリング)	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)	<input type="checkbox"/>

認定医業績目録

該当する一つに印を就けて下さい。(混合不可)

- ① 学術論文 (筆頭者として1編以上)
 ② 学会発表 (筆頭者として全国学会で2件以上)
 ③ 学会発表 (筆頭者として全国学会で1件・本学会地方会2件以上)

No.	① 著者及び共著者	論 文 題 名	発表雑誌名	卷 (号)	頁 (~)	発表年 (西暦)
	② 発表者及び共同発表者	演 題 名	学 会 名			発表年月 (西暦)

以上の通り相違ありません。

平成 年 月 日

氏名 (自筆) _____

地方創生委員会判定 (合 ・ 否) 委員署名 : [_____] [_____]