

受付 No	地 区
年 月 日	

## 認定施設認定申請書

平成 年 月 日

日本乳癌学会施設認定委員会 御中

当施設を日本乳癌学会専門医制度規則および施行細則に規定する認定施設として認定されますよう、下記のとおり申請します。

診療施設名 \_\_\_\_\_

施設長（病院長）氏名 \_\_\_\_\_ 公印

診療施設所在地

〒

電 話： \_\_\_\_\_

ファックス： \_\_\_\_\_

専門医氏名（診療科名）\*

医籍登録年月

専門医認定  
登録番号（新旧可）

1. (代表) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 第 \_\_\_\_\_ 号

2. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 第 \_\_\_\_\_ 号

3. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 第 \_\_\_\_\_ 号

4. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 第 \_\_\_\_\_ 号

5. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 第 \_\_\_\_\_ 号

\* 専門医師名は5名まで、氏名を記載した先生全員の履歴書・勤務証明書必須です。\*

施設連絡先担当責任者氏名・職務 氏 名 \_\_\_\_\_

職 務 \_\_\_\_\_

(確認事項がある場合は右記に記載の担当者へご連絡いたします)E-mail \_\_\_\_\_

## 認定施設内容説明書

平成 年 月 日

申請施設名 \_\_\_\_\_ 常勤専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

1. 申請前年の乳癌症例数 \_\_\_\_\_ 例

2. 常勤専門医氏名 \_\_\_\_\_ 専門医認定番号 \_\_\_\_\_

3. 検査室の設備

検査体制

- |             |       |    |  |    |   |
|-------------|-------|----|--|----|---|
| a.マンモグラフィ   | (     | あり |  | なし | ) |
| b.超音波診断装置   | (     | あり |  | なし | ) |
| c.穿刺吸引細胞診機器 | (     | あり |  | なし | ) |
| d.乳房組織生検    | (     | あり |  | なし | ) |
| e.その他       | _____ |    |  |    |   |

4. 病歴管理体制 ( あり  なし )

5. 剖検室 ( あり  なし )

なしの場合 剖検依頼先施設名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

6. 乳腺疾患に関する定期的教育行事内容

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. 研究発表 (申請前2年間。認定医・専門医認定審査のための業績基準による。)

学術論文発表 \_\_\_\_\_ 件

学会発表 \_\_\_\_\_ 件

# 専門医履歴書

平成 年 月 日

※捺印わすれの多い書類です。今一度ご確認願います※

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

〒

現 住 所 \_\_\_\_\_

最終学歴 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 卒業

医 籍 登 録 番 号 第 \_\_\_\_\_ 号 医 籍 登 録 年 月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

専 門 医 登 録 番 号 第 \_\_\_\_\_ 号

職 歴

勤務先および所属・職名

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

\_\_\_\_\_ 年 月

## 勤務証明書

平成 年 月 日

下記の医師は当施設の常勤医であることを証明します。

申請施設名 \_\_\_\_\_

施設長氏名 \_\_\_\_\_ 公印

常勤医

氏名 \_\_\_\_\_

入職年月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

当該常勤医による乳腺疾患に対する診療内容の概略

1. 外来診療（定期的な外来日の有無、乳腺疾患症例数など）
  
2. 病棟診療（年間診療症例数および診療内容など）

# 乳腺認定医制度修練カリキュラム計画書

平成 年 月 日

申請施設名 \_\_\_\_\_ 専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

1年目のカリキュラム

2年目のカリキュラム

注) 修練年次ごとの計画を日本乳癌学会認定医および専門医修練カリキュラムの内容に則して具体的に記入する。

# 乳腺専門医制度修練カリキュラム計画書

平成 年 月 日

申請施設名

専門医氏名

印

1年目のカリキュラム

2年目のカリキュラム

3年目のカリキュラム

4年目のカリキュラム

5年目のカリキュラム

注) 修練年次ごとの計画を日本乳癌学会認定医および専門医修練カリキュラムの内容に則して具体的に記入する。

# 認定・関連施設認定制度に関わる乳癌症例報告書

領域 1. 診断、 2. 手術、 3. 化学療法、 4. 放射線治療

平成 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_ 専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

認定・関連施設 乳癌症例報告書 (いずれかに○)

領域	NCD 登録
1. 診断、 2. 手術、 3. 化学療法、 4. 放射線治療	あり・なし

注)

- 1) 診療の領域は、1. 診断、2. 手術、3. 化学療法、4. 放射線療法のいずれか1つを選択し番号に○をつける。  
認定施設として申請施設は 申請前年 の1月から12月までの30症例以上、関連施設は20症例以上 混合は不可。
- 2) 手術で申請する場合は、NCD (National Clinical Database)登録が義務付けられているので、認定施設は、申請前年の1月から12月に施行された30症例以上、関連施設は、20症例以上の登録が必須条件になります。すなわちNCD登録”有”に○をつけ、条件を満たす症例数があれば申請完了です\*。  
診断、化学療法ないし放射線療法で申請する場合は、全ての症例の症例記録の記載をお願いします。  
 (診断、化学療法、放射線療法で申請される場合は、NCDに登録されていても、症例記録の提出が必要になります。)  
 (\*NCD登録状況は乳癌学会事務局にて確認できますので本頁のNCD登録ありに○のみで申請完了)

3) 「症例記録」の診療内容の記載について

○申請の前年(1月から12月)の初診ないし新規治療開始症例(同一症例におけるレジメの変更は認めない)に限定

○病歴に関して

- ・症例の背景を解りやすく記載する。「検診」、「術後」や「再発」など簡単な語句だけのものは認めない。
- ・略語は乳癌取扱い規約に沿って記載する。

○診療内容に関して

- ・領域「診断」の場合、診断手技と組織診の病理所見診断日は必須。  
**(良性・疑いのは不可)**
- ・領域「化学療法」の場合、その具体的なレジメ投与期間などを記載。  
 ホルモン療法・分子標的療法のみおよびその併用は不可。
- ・領域「放射線治療」の場合  
 術後照射(乳房部分切除後の温存乳腺または領域リンパ節、胸壁への照射)と  
 転移再発巣への照射(局所再発、骨転移、脳転移などに対する照射)があるが、  
 各症例について、照射の部位および方法、期間、線量を記載する。

**\*いずれの分野においても専門医制度委員が施設を訪問し(サイトビジット)、施設長の許可のもとに症例報告書の内容の確認を行う場合がある。**

**\*症例記録に際し字数は制限ありません枠にとらわれず記録用紙をコピーの上自由に記載下さい 症例のアウトラインが把握できますように記載例を参考にご記載下さい。**

症例記録 1

(施設 7)

領域 1. 診断、 3. 化学療法、 4. 放射線治療

平成 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_ 専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

症例 1	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内容	

症例 2	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内容	

症例 3	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内容	



症例記録

(施設 7)

症例	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内容	

症例	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内容	

症例	貴施設検出可能番号
病歴	
診療内容	

## 認定施設における乳腺疾患に関する業績目録

業績は申請前 2 年間（前年・前々年 1 2 月までの 2 年間）の研究発表とする。申請の年の業績は不可です。

平成 年 月 日

申請施設名 \_\_\_\_\_ 専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

### 研究発表

#### 1. 学術論文 申請前 2 年間に認定医・専門医認定審査のための業績基準による研究業績 8 点以上

No.	学術雑誌名	巻・号・頁・年	題 名

#### 2. 学会

No.	学術集会名	回	年 月	開催地	題 名

- 注) 1) 業績は申請前 2 年間（前年 1 2 月までの 2 年間）の研究発表とする。申請の年の業績は不可です  
 2) 証明として、学術雑誌に関しては別刷りあるいはコピーを添付し、No.を付す。学術集会に関しては学術集会名、発表年月日が確認できるプログラムのコピーを抄録とともに添付し、No.を付す。  
 3) 業績の数によっては必要に応じて本紙をコピーし記載する。  
 4) 学術論文・学会は専門医制度の業績基準によるものとする。

#### 3. 業績点数

申請前 2 年間に認定医・専門医認定審査のための業績基準による研究業績 8 点以上を必須とする。

項 目	点数
論 文	
発 表	
合 計	

## 認定施設における関連施設名

平成 年 月 日

※関連施設のない場合でもなしと記載し、専門医氏名・捺印していただき、ご提出願います※

申請認定施設名 \_\_\_\_\_ 専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

No.	関連施設名	関連施設住所
1		
2		
3		
4		

※一人の専門医が指導する関連施設は4施設までです。※



## 申請書類チェックリスト

平成 年 月 日

	正本(1通)	副本(コピー1通)
1) 認定施設認定申請書 (施設 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 認定施設内容説明書 (施設 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 専門医履歴書 (施設 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 勤務証明書 (施設 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 乳腺認定医制度修練カリキュラム計画書 (施設 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 乳腺専門医制度修練カリキュラム計画書 (施設 6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 乳腺専門医制度に関わる乳癌症例の診断・治療報告書 (施設 7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 認定施設における乳腺疾患に関する業績目録 (施設 8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) 各認定施設における関連施設名 (施設 9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) 各認定施設における関連施設指導内容説明書 (施設 10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) 申請書類チェックリスト (施設 11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) 受領はがき	<input type="checkbox"/>	

※認定施設は関連施設の書類もチェックし、不備のないようにご提出願います※