

平成 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 印

日本乳癌学会専門医制度規則による乳腺専門医認定申請表紙  
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。

記

	正本通数	副本 (コピー)
1. 専門医認定申請書表紙	1	
2. 専門医認定申請書	1	1
3. 履歴書	1	1
4. 日本国の医師免許証 (写)	1	1
5. 乳腺認定医 (日本乳癌学会認定医) 認定証 (写)	1	1
6. 認定施設 (関連施設を含む) での修練終了証明書 (証明のサイン・捺印は修練をおこなった施設の院長が証明したものに限り)	1	1
7. 診療経験目録 (証明のサイン・捺印は指導責任者: 専門医か指導医が証明したものに限り)	1	1
8. 診療実績一覧表 (証明のサイン・捺印は修練をおこなった施設の指導責任者: 専門医か指導医が証明したものに限り)	1	1
9. 研究業績目録 (証拠書類は各々コピー1部添付)	1	1
10. 専門医セミナー受講証明証コピー	1	1
11. 払込票受領書(写)	1	
12. 受領はがき	1	

# 日本乳癌学会 専門医申請書

フリガナ			
姓名			
日本乳癌学会 会員番号			
医師免許証 医籍番号			
生年月日	年	月	日 ( 歳)

基本的診療科区分

	外科療法
	化学療法
	放射線療法
	画像診断
	その他 ( )

勤務先：

施設名 (科)			
住所	郵便番号		
電話			
ファクス			
Email (勤務先)			

該当するもの1つに○

自宅：

住所	郵便番号		
電話			
Email (個人)			

連絡先・郵送先：

何れかをチェック	<input type="checkbox"/>	勤務先	<input type="checkbox"/>	自宅
----------	--------------------------	-----	--------------------------	----

# 履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな				(写真添付)	
氏名					
生年月日	年	月	日生		男・女
現住所	〒				(自宅電話)
卒業大学				年 卒業	

## 職 歴

年	月	勤務先および所属

不足の場合はハﾟ-してご記入ください。

# 認定・関連施設修練終了証明書

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ったことをここに証明いたします。

期間：平成 年 月 より 平成 年 月 まで

平成 年 月 日

施設名 (修練を行った施設の施設名)

施設長 (修練を行った施設の院長) ※院長以外のサイン捺印は不可※

氏 名 印

# 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 いづれか100例(混合不可)

※100例のうち30例を症例記録へ記載、残りの症例は診療経験目録へ記載願います。※

平成 年 月 日

指導責任者：専門医か指導医が証明したものに限り

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		

**乳癌症例の診療経験目録 (NCD 症例の場合は有・無に○をし、登録症例数を記載ください)**

**※NCD 登録 有・無 例 ※**

**指導責任者：専門医か指導医が証明したものに限定**

施設名

指導責任者氏名

印

(認定施設・関連施設：いずれかを○で囲む)

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)			
	年 月 (~ 月)			
	年 月 (~ 月)			

- 注1) **画像診断、化学療法、放射線治療のうち1種類のみ記入 (混合は不可)**
- 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、診断方法、治療法などを記入
- 注5) 役割分担は、主実施者のみ有効 (助手は無効)
- 注6) 必要に応じてコピーしてください。