

## 2022年度 乳腺指導医(更新) 申請書

申請日 2021年 月 日

|            |       |         |  |
|------------|-------|---------|--|
| フリガナ       |       |         |  |
| 氏名         |       |         |  |
| 自宅住所       | 〒     |         |  |
| 電話番号(連絡先)  | TEL : |         |  |
| E mail(必須) |       |         |  |
| 会員番号(5ケタ)  |       | 専門医登録番号 |  |

職歴 (2016年以降)

| 西暦 | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 | 勤務先 |
|----|---|---|---|---|---|-----|
|    | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |     |
|    | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |     |
|    | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |     |
|    | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |     |
|    | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |     |

勤務先

|     |       |  |  |
|-----|-------|--|--|
| 施設名 |       |  |  |
| 住所  | 〒     |  |  |
|     | TEL : |  |  |

# 実績目録

## 1.診療経験(100症例以上)

| 基本的診療科区分(一つのみ選択)   | 症 例 数 |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 画像診断 | 例     |

## 2.研究業績(8点以上)

|          |   |
|----------|---|
| 論 文      | 点 |
| 学会等発表    | 点 |
| 司会あるいは座長 | 点 |
| 計        | 点 |

## 3.研修業績(30点以上)

|   |   |
|---|---|
| 計 | 点 |
|---|---|

---

申請書、実績目録の記載については、間違いありません

申請者 自署

---

## 認定・関連施設常勤勤務証明書

日本乳癌学会  
認定委員会 御中

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は現在、日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、常勤医として  
所定のカリキュラムに沿った研修医、専攻医の指導をしていることをここに証明いたします。

20 年 月 日

施設名

施設長名(ゴム印 可)

公印

# 指導実績

申請者氏名 \_\_\_\_\_

## 指導実績の有無

：有り（Ⅰ、Ⅱいずれか1名以上を記入すること）：なし

| Ⅰ 過去5年間に指導した乳腺専門医          |       |           |             |
|----------------------------|-------|-----------|-------------|
| 専門医氏名                      | 専門医番号 | 乳腺専門医取得年度 |             |
|                            |       |           |             |
|                            |       |           |             |
|                            |       |           |             |
|                            |       |           |             |
|                            |       |           |             |
| Ⅱ 基盤学会専門医を取得し、乳腺専門医を目指す専攻医 |       |           |             |
| 専攻医氏名                      | 基盤学会名 | 基盤学会専門医番号 | 基盤学会専門医取得年度 |
|                            |       |           |             |
|                            |       |           |             |
|                            |       |           |             |
|                            |       |           |             |
|                            |       |           |             |

**化学療法**

乳癌症例の診療経験目録

施設名 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は本施設において、記載通りの診療経験があることを証明いたします。

施設長名(ゴム印 可) \_\_\_\_\_ 公印

| NO | 施行年月 (西暦) | 治療ライン | 病理組織診断名 | HR | HER2 | レジメ・薬剤名 (略語可) |
|----|-----------|-------|---------|----|------|---------------|
| 1  | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 2  | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 3  | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 4  | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 5  | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 6  | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 7  | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 8  | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 9  | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 10 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 11 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 12 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 13 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 14 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 15 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 16 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 17 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 18 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 19 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 20 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 21 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 22 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 23 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 24 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 25 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 26 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 27 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 28 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 29 | 年 月       |       |         |    |      |               |
| 30 | 年 月       |       |         |    |      |               |



## 乳癌症例記録（化学療法）

施設名 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者が本施設において、以下30例の診療を行ったことを証明いたします。

施設長名(ゴム印 可) \_\_\_\_\_ 公印

|  |   |
|--|---|
| 症例1  |   |
| 初診年月： 西暦          年          月          （※日については記入不要）  |   |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（                  ） |   |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性    治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |
| 薬剤名（略語可）：  | 投与期間：          年          月～          年          月  |
| 診療内容：  |   |

|  |   |
|--|---|
| 症例2  |   |
| 初診年月： 西暦          年          月          （※日については記入不要）  |   |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（                  ） |   |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性    治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |
| 薬剤名（略語可）：  | 投与期間：          年          月～          年          月  |
| 診療内容：  |   |

|  |   |
|--|---|
| 症例3  |   |
| 初診年月： 西暦          年          月          （※日については記入不要）  |   |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（                  ） |   |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性    治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |
| 薬剤名（略語可）：  | 投与期間：          年          月～          年          月  |
| 診療内容：  |   |

# 症例記録（化学療法）

|   |  |   |                |  |
|---|--|---|----------------|--|
| 症例4   |  |   |                |  |
| 初診年月：西暦 年 月 （※日については記入不要）   |  |   |                |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |   |                |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性   |  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |                | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |
| 薬剤名（略語可）：   |  |   | 投与期間： 年 月～ 年 月 |  |
| 診療内容：   |  |   |                |  |

|   |  |   |                |  |
|---|--|---|----------------|--|
| 症例5   |  |   |                |  |
| 初診年月：西暦 年 月 （※日については記入不要）   |  |   |                |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |   |                |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性   |  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |                | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |
| 薬剤名（略語可）：   |  |   | 投与期間： 年 月～ 年 月 |  |
| 診療内容：   |  |   |                |  |

|   |  |   |                |  |
|---|--|---|----------------|--|
| 症例6   |  |   |                |  |
| 初診年月：西暦 年 月 （※日については記入不要）   |  |   |                |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |   |                |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性   |  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |                | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |
| 薬剤名（略語可）：   |  |   | 投与期間： 年 月～ 年 月 |  |
| 診療内容：   |  |   |                |  |

|   |  |   |                |  |
|---|--|---|----------------|--|
| 症例7   |  |   |                |  |
| 初診年月：西暦 年 月 （※日については記入不要）   |  |   |                |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |   |                |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性   |  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |                | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |
| 薬剤名（略語可）：   |  |   | 投与期間： 年 月～ 年 月 |  |
| 診療内容：   |  |   |                |  |



症例記録（化学療法）

|  |   |  |
|--|---|--|
| 症例8  |   |  |
| 初診年月： 西暦            年            月            （※日については記入不要）  |   |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（                            ） |   |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |
| 薬剤名（略語可）：  | 投与期間：            年            月～            年            月    |  |
| 診療内容：  |   |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 症例9  |   |  |
| 初診年月： 西暦            年            月            （※日については記入不要）  |   |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（                            ） |   |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |
| 薬剤名（略語可）：  | 投与期間：            年            月～            年            月    |  |
| 診療内容：  |   |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 症例10   |   |  |
| 初診年月： 西暦            年            月            （※日については記入不要）  |   |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（                            ） |   |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |
| 薬剤名（略語可）：  | 投与期間：            年            月～            年            月    |  |
| 診療内容：  |   |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 症例11   |   |  |
| 初診年月： 西暦            年            月            （※日については記入不要）  |   |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（                            ） |   |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |
| 薬剤名（略語可）：  | 投与期間：            年            月～            年            月    |  |
| 診療内容：  |   |  |

## 症例記録（化学療法）

### 症例12

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 初診年月： 西暦       年       月       （※日については記入不要）   |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（        ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：  |   | 投与期間：       年       月～       年       月   |  |
| 診療内容：  |   |  |  |

### 症例13

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 初診年月： 西暦       年       月       （※日については記入不要）   |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（        ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：  |   | 投与期間：       年       月～       年       月   |  |
| 診療内容：  |   |  |  |

### 症例14

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 初診年月： 西暦       年       月       （※日については記入不要）   |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（        ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：  |   | 投与期間：       年       月～       年       月   |  |
| 診療内容：  |   |  |  |

### 症例15

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 初診年月： 西暦       年       月       （※日については記入不要）   |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（        ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：  |   | 投与期間：       年       月～       年       月   |  |
| 診療内容：  |   |  |  |

## 症例記録（化学療法）

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 症例16   |   |  |  |
| 初診年月： 西暦          年          月          （※日については記入不要）  |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（          ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：  |   | 投与期間：          年          月～          年          月   |  |
| 診療内容：  |   |  |  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 症例17   |   |  |  |
| 初診年月： 西暦          年          月          （※日については記入不要）  |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（          ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：  |   | 投与期間：          年          月～          年          月   |  |
| 診療内容：  |   |  |  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 症例18   |   |  |  |
| 初診年月： 西暦          年          月          （※日については記入不要）  |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（          ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：  |   | 投与期間：          年          月～          年          月   |  |
| 診療内容：  |   |  |  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 症例19   |   |  |  |
| 初診年月： 西暦          年          月          （※日については記入不要）  |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（          ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性  | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：  |   | 投与期間：          年          月～          年          月   |  |
| 診療内容：  |   |  |  |

症例記録（化学療法）

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>症例20</b>   |   |  |  |
| 初診年月： 西暦         年         月     (※日については記入不要)  |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（                 ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性   | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：   |   | 投与期間：                 年         月～                 年         月                               |  |
| 診療内容：   |   |  |  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>症例21</b>   |   |  |  |
| 初診年月： 西暦         年         月     (※日については記入不要)  |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（                 ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性   | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：   |   | 投与期間：                 年         月～                 年         月                               |  |
| 診療内容：   |   |  |  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>症例22</b>   |   |  |  |
| 初診年月： 西暦         年         月     (※日については記入不要)  |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（                 ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性   | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：   |   | 投与期間：                 年         月～                 年         月                               |  |
| 診療内容：   |   |  |  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>症例23</b>   |   |  |  |
| 初診年月： 西暦         年         月     (※日については記入不要)  |   |  |  |
| 病理組織診断名： <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他（                 ） |   |  |  |
| HR: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性   | HER2: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 治療ライン： <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行再発 |  |
| 薬剤名（略語可）：   |   | 投与期間：                 年         月～                 年         月                               |  |
| 診療内容：   |   |  |  |





# 研究業績一覧

## (1. 論文)

| NO. |   | 論 文 名 | 発表雑誌名 | 発表年<br>(西暦) | 点数 |
|-----|---|-------|-------|-------------|----|
| 1   | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 |       |       | 年           |    |
| 2   | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 |       |       | 年           |    |
| 3   | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 |       |       | 年           |    |
| 4   | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 |       |       | 年           |    |
| 5   | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 |       |       | 年           |    |

※点数表

|     | 欧米論文 | 和文論文 |
|-----|------|------|
| 筆 頭 | 10点  | 6点   |
| 共 著 | 3点   | 2点   |

# 研究業績一覽

## (II. 学会等発表)

| NO. |   | 演 題 | 学 会 名 | 発表年<br>(西曆) | 点数 |
|-----|---|-----|-------|-------------|----|
| 1   | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 |     |       | 年           |    |
| 2   | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 |     |       | 年           |    |
| 3   | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 |     |       | 年           |    |
| 4   | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 |     |       | 年           |    |
| 5   | <input type="checkbox"/> 筆頭 <input type="checkbox"/> 共著 |     |       | 年           |    |

### ※点数表

|     | 日本乳癌学会発表<br>国際学会発表 | 国内学会発表 | 日本乳癌学会地方会発表<br>乳腺関連研究発表 |
|-----|--------------------|--------|-------------------------|
| 筆 頭 | 4点                 | 3点     | 2点                      |
| 共 著 | 1点                 | 1点     | 1点                      |



# 研究業績一覧

## (III. 司会あるいは座長)

日本乳癌学会 学術総会

| NO. | 学術総会    | セッション名 | 西 暦 |
|-----|---------|--------|-----|
| 1   | 第_____回 |        | 年   |
| 2   | 第_____回 |        | 年   |
| 3   | 第_____回 |        | 年   |

※点数表

|       |        |
|-------|--------|
|       | 日本乳癌学会 |
| 司会・座長 | 3点     |

## 研修実績一覧

## 申請者氏名

| NO  | 学会名等(第〇回を記入すること) | 開催年月   | 点数 |
|-----|------------------|--------|----|
| 1   |                  | 西暦 年 月 |    |
| 2   |                  | 西暦 年 月 |    |
| 3   |                  | 西暦 年 月 |    |
| 4   |                  | 西暦 年 月 |    |
| 5   |                  | 西暦 年 月 |    |
| 6   |                  | 西暦 年 月 |    |
| 7   |                  | 西暦 年 月 |    |
| 8   |                  | 西暦 年 月 |    |
| 9   |                  | 西暦 年 月 |    |
| 10  |                  | 西暦 年 月 |    |
| 11  |                  | 西暦 年 月 |    |
| 12  |                  | 西暦 年 月 |    |
| 13  |                  | 西暦 年 月 |    |
| 14  |                  | 西暦 年 月 |    |
| 15  |                  | 西暦 年 月 |    |
| 16  |                  | 西暦 年 月 |    |
| 17  |                  | 西暦 年 月 |    |
| 18  |                  | 西暦 年 月 |    |
| 19  |                  | 西暦 年 月 |    |
| 20  |                  | 西暦 年 月 |    |
| 合 計 |                  |        |    |

| 日本乳癌学会 |         |     |            | その他学会 |      |       |          |
|--------|---------|-----|------------|-------|------|-------|----------|
| 学術総会   | 専門医セミナー | 地方会 | 教育セミナー     | 国際学会  | 国内学会 | MG講習会 | 乳腺関連の研究会 |
| 6      | 4       | 2   | 1 or 2 (※) | 4     | 3    | 3     | 2        |

※受講証記載の点数による。但し、記載のないものは1点とする。

その他学会については、原則的に全国規模の学会・研究会(日本乳癌学会HPにある学会・医学誌一覧を参照)とする。

それ以外のものは、認定委員会の判断による。