

2022年度 乳腺専門医(更新) 申請書

申請日 2021年 月 日

フリガナ			
氏 名			
自宅住所	〒		
	TEL :		
電話番号(連絡先)			
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

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：	

研究業績一覧

(1. 論文)

NO.		論 文 名	発表雑誌名	発表年 (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

研究業績一覧

(II. 学会等発表)

NO.		演 題	学 会 名	発表年 (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

	日本乳癌学会発表 国際学会発表	国内学会発表	日本乳癌学会地方会発表 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。