

2022年度 乳腺専門医(新規) 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) | |
| 生年月日 | |
| 卒業大学(卒業年度) | (年卒業) |
| 認定医登録番号 | |

職 歴

| 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 | |
| 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 : |

2022年度 乳腺専門医(新規) 実績目録

1.認定・関連施設での修練期間(合計で5年を超えていれば可)

| 施設名 | 修練期間 |
|-----|------|
| | 年 月 |
| | 年 月 |
| | 年 月 |
| | 年 月 |
| | 年 月 |
| | 年 月 |
| | 年 月 |
| | 年 月 |
| 計 | 年 月 |

2.認定・関連施設における診療経験(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 |

3.研究業績(30点以上)

| | |
|----------|---|
| 論文 | 点 |
| 学会等発表 | 点 |
| 司会あるいは座長 | 点 |
| 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・関連施設修練終了証明書

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 | : | 西暦 | 年 | 月 | 日 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 西暦 | 年 | 月 | 日 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 西暦 | 年 | 月 | 日 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 西暦 | 年 | 月 | 日 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 西暦 | 年 | 月 | 日 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 西暦 | 年 | 月 | 日 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 日 |

20 年 月 日

施設名

施設長名(ゴム印 可)

公印

画像診断

乳癌症例の診療経験目録

施設名 _____ 申請者氏名 _____

上記の者は日本乳癌学会認定・関連施設である本施設において、
画像診断を行ったことを証明いたします。

指導責任者氏名 _____ 印

専門医登録番号 _____

| NO | 初診年月(西暦) | 診断手技 | 病理組織診断名 (細胞診結果は不可) |
|----|----------|---|--------------------|
| 1 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 2 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 3 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 4 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 5 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 6 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 7 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 8 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 9 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 10 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 11 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 12 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 13 | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () | |

| NO | 初診年月 | 診断手技 | 病理組織診断名（細胞診結果は不可） |
|----|--------|--|-------------------|
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 20 年 月 | <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

※こちらのページをコピーし、お使いください。

乳癌症例記録（画像診断）

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。

指導責任者氏名 _____ 印

専門医登録番号 _____

| |
|--|
| 症例1 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技: <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容: |

| |
|--|
| 症例2 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技: <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容: |

| |
|--|
| 症例3 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技: <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容: |

症例記録（画像診断）

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例4 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 診断手技 | ： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 病理組織診断確認日 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可） | ： | | |
| | ： <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（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例5 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 診断手技 | ： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 病理組織診断確認日 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可） | ： | | |
| | ： <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（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例6 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 診断手技 | ： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 病理組織診断確認日 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可） | ： | | |
| | ： <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（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例7 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 診断手技 | ： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 病理組織診断確認日 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可） | ： | | |
| | ： <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（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

症例記録（画像診断）

| |
|--|
| 症例8 |
| 初診年月：西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日：西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可）： <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 () |
| 診療内容： |

| |
|--|
| 症例9 |
| 初診年月：西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日：西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可）： <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 () |
| 診療内容： |

| |
|--|
| 症例10 |
| 初診年月：西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日：西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可）： <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 () |
| 診療内容： |

| |
|--|
| 症例11 |
| 初診年月：西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日：西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可）： <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 () |
| 診療内容： |

症例記録（画像診断）

| |
|---|
| 症例12 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

| |
|---|
| 症例13 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

| |
|---|
| 症例14 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

| |
|---|
| 症例15 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

症例記録（画像診断）

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例16 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 診断手技 | ： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 病理組織診断確認日 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可） | ： | | |
| | ： <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（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例17 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 診断手技 | ： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 病理組織診断確認日 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可） | ： | | |
| | ： <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（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例18 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 診断手技 | ： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 病理組織診断確認日 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可） | ： | | |
| | ： <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（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|---|-----|---------------|
| 症例19 | | | |
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 診断手技 | ： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 病理組織診断確認日 | ： 西暦 20 | 年 月 | （※日については記入不要） |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可） | ： | | |
| | ： <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（ ） | | |
| 診療内容 | ： | | |
| | | | |

症例記録（画像診断）

| |
|---|
| 症例20 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

| |
|---|
| 症例21 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

| |
|---|
| 症例22 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

| |
|---|
| 症例23 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

症例記録（画像診断）

| |
|---|
| 症例24 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

| |
|---|
| 症例25 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

| |
|---|
| 症例26 |
| 初診年月 : 西暦 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

| |
|---|
| 症例27 |
| 初診年月 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 診断手技 : <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他 () |
| 病理組織診断確認日 : 西暦 20 年 月 (※日については記入不要) |
| 病理組織診断名 (※細胞診結果は不可) : <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 () |
| 診療内容 : |

症例記録（画像診断）

症例28

| | | | | |
|--------------------|--|---|---|---------------|
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 年 | 月 | （※日については記入不要） |
| 診断手技 | ： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 病理組織診断確認日 | ： 西暦 20 | 年 | 月 | （※日については記入不要） |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可） | ： | | | |
| | <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（ ） | | | |
| 診療内容 | ： | | | |
| | | | | |

症例29

| | | | | |
|--------------------|--|---|---|---------------|
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 年 | 月 | （※日については記入不要） |
| 診断手技 | ： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 病理組織診断確認日 | ： 西暦 20 | 年 | 月 | （※日については記入不要） |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可） | ： | | | |
| | <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（ ） | | | |
| 診療内容 | ： | | | |
| | | | | |

症例30

| | | | | |
|--------------------|--|---|---|---------------|
| 初診年月 | ： 西暦 20 | 年 | 月 | （※日については記入不要） |
| 診断手技 | ： <input type="checkbox"/> MG/Tomo <input type="checkbox"/> 乳房US <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 乳房CT <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 病理組織診断確認日 | ： 西暦 20 | 年 | 月 | （※日については記入不要） |
| 病理組織診断名（※細胞診結果は不可） | ： | | | |
| | <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（ ） | | | |
| 診療内容 | ： | | | |
| | | | | |

研究業績一覧

(I. 論文)

| NO. | | 論 文 名 | 発表雑誌名 | 発表年 (西暦) | 点数 |
|-----|---|-------|-------|-------------|----|
| 1 | 筆頭論文 (必須) | | | 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 |