

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

化学療法

乳癌症例の診療経験目録

施設名 _____ 申請者氏名 _____

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

指導責任者氏名 _____

専門医登録番号 _____

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	20 年 月					
2	20 年 月					
3	20 年 月					
4	20 年 月					
5	20 年 月					
6	20 年 月					
7	20 年 月					
8	20 年 月					
9	20 年 月					
10	20 年 月					
11	20 年 月					
12	20 年 月					
13	20 年 月					
14	20 年 月					
15	20 年 月					
16	20 年 月					
17	20 年 月					
18	20 年 月					
19	20 年 月					
20	20 年 月					
21	20 年 月					
22	20 年 月					
23	20 年 月					
24	20 年 月					
25	20 年 月					
26	20 年 月					
27	20 年 月					
28	20 年 月					
29	20 年 月					
30	20 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。

指導責任者氏名 _____ 印

専門医登録番号 _____

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"/> 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
レジメ・薬剤名（略語可）：	投与期間： 20 年 月～20 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"/> 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
レジメ・薬剤名（略語可）：	投与期間： 20 年 月～20 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"/> 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
レジメ・薬剤名（略語可）：	投与期間： 20 年 月～20 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	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