

佐賀県がん検診精密検査医療機関の登録申請書（乳がん）

（令和5年度分）

佐賀県知事 様
（健康福祉政策課扱い）〒 ー
所在地
TEL
E-mail
医療機関名
代表者名
担当者名

下記の登録要件を満たし、乳がん検診精密検査医療機関として登録を申請します。

また、必要に応じ研修会の受講歴について佐賀県医師会等関係機関へ確認を行うことに同意します。

※ なお、それぞれの要件を満たしていない場合は、登録できません。

記

1 登録要件の確認

登録要件	回答欄
院内におけるマンモグラフィ、超音波、細胞診、組織診検査の検査4項目が全て実施可能であること。ただし、細胞診、組織診の病理診断については外注も可とする	はい・いいえ
細胞診、組織診等の結果、乳癌であることが判明した場合には、可及的すみやかに手術が実施できる体制がとれていること	はい・いいえ
精密検査の結果を市町に報告し、また必要に応じ情報を提供すること	はい・いいえ
年1回以上の研修会に参加すること（過去1年間に参加した学会等（乳がんに関するもの）であれば、主催団体は問わない）	はい・いいえ・新規
原則として、全国がん登録に協力すること	はい・いいえ

※ 新規に申請される場合は、「研修会参加」の回答は「新規」に○を付けてください。

※ 研修会は、乳がんに関係する学会、研修会等となります。

また、下記の努力目標要件について、該当の有無をご記入ください。

努力目標要件	該当の有無
日本乳がん検診精度管理中央機構（旧：マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の施設画像評価に合格していることが望ましい。	該当・非該当
マンモグラフィに関する基本講習プログラムに準じた読影講習会を終了し、十分な読影能力を有する医師により読影されることが望ましい。	該当・非該当
マンモグラフィ撮影技術及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会を終了した診療放射線技師が撮影すること、あるいはその監督下に撮影されることが望ましい。	該当・非該当

2 研修会受講歴（過去1年間の受講歴をご記入ください。また、日医生涯教育制度認定講座以外の研修会を受講された場合もご記入ください。※ 医師会員の方もご記入ください。）

（受講日）

（研修会の名称）

（参加した医師名）

・ 年 月 日

- _____年 月 日
- _____年 月 日
- _____年 月 日

※ 受講予定の研修会を受講歴に記載する場合は、「参加予定」と付記ください。

※ 必要に応じ、参加状況について確認をさせていただく場合がございます。