

(様式第3号)

令和 年 月 日

愛媛県生活習慣病予防協議会
乳がん部会長 様

医療機関名：
院長名：

乳がん検診精密検査実施医療機関として届出します。

精密検査 責任者	診療科名	
	医師名	
	E-mail アドレス	
郵便番号		
住 所		
電話番号		
FAX 番号		

1. 検査機器保有状況

	設置時期 (西暦)年	機 種 名	製造メーカー
マンモグラフィ検査機器			
超音波検査機器			

2. 乳がん精密検査に携わる医師等及び講習会の参加状況

職 種	氏 名	講習会の 参加	《参考》 中央委員会 評価B以上	職 種	氏 名	講習会の 参加	《参考》 中央委員会 評価B以上
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	

* 乳がん精密検査に携わる医師、放射線技師、看護師等の職種・氏名と「講習会（愛媛県主催の生活習慣病予防対策講習会）」の参加の有無を記載する。

* 「中央委員会評価」欄には、マンモグラフィ検診精度管理中央委員会講習会を受講し、試験の結果が「評価B以上」の場合に○印をつける。（本項目は、参考事項のため届出の条件ではない。）

3. がん登録の届出件数 乳がん 件

* 各医療機関の太枠内の情報を一覧表にして公表します。