

茨城県知事 殿

医療機関所在地  
医療機関名  
代表者名  
T E L  
メールアドレス

乳がん検診登録検診機関（医療機関）登録更新申請書

乳がん検診登録検診機関（医療機関）の登録の更新について、下記のとおり申請します。

記

1. 登録申請する検診実施機関の種別（該当する番号を○で囲む）
  - (1) マンモグラフィ検診実施登録検診機関
  - (2) 超音波検診実施登録検診機関
  - (3) 超音波検診・マンモグラフィ検診実施登録検診機関
2. マンモグラフィ検診実施体制（マンモグラフィ検診を実施する場合に記入する）
  - (1) 読影体制

①自施設で読影を実施する場合

| 読影医師名 | マンモグラフィ読影の<br>認定テストの判定結果 | 常勤・非<br>常勤の別 | 非常勤の場合<br>申請機関での勤務 |
|-------|--------------------------|--------------|--------------------|
|       |                          | 常勤・非常勤       | 月 回                |
|       |                          | 常勤・非常勤       | 月 回                |
|       |                          | 常勤・非常勤       | 月 回                |

\*認定テストの判定結果を証明する書類の写しを添付すること

②遠隔画像診断で読影を実施する場合

|               |        |                |  |
|---------------|--------|----------------|--|
| 委託先           |        |                |  |
| 画像保存形式        |        |                |  |
| モニタ規格         |        |                |  |
| 委託先<br>での読影体制 | 読影医師名  | 認定テスト<br>の判定結果 |  |
|               | 二重読影体制 |                |  |

\*委託事業の概要及び運用管理規定等について添付すること。

\*認定テストの判定結果を証明する書類の写しを添付すること

(2) 撮影

| 診療放射線技師・医師<br>氏 名 | 修了した講習会等<br>(修了年月日) | マンモグラフィ<br>読影技術の認定<br>テストの判定結果 |
|-------------------|---------------------|--------------------------------|
|                   | ( 年 月 日)            |                                |
|                   | ( 年 月 日)            |                                |
|                   | ( 年 月 日)            |                                |

\*修了した講習会等の修了証と認定テストの判定結果を証明する書類の写しを添付すること。

(3) 装置

|               |       |  |
|---------------|-------|--|
| マンモグラフィ<br>装置 | 製造会社名 |  |
|               | 機種名   |  |
| 受領検査日         | 年 月 日 |  |

3. 超音波検診実施体制（超音波検診を実施する場合に記入する）

(1) 担当医師一覧

| 氏名 | 修了した講習会（年月日） | 常勤・非常勤の別 | 非常勤の場合<br>申請機関での勤務 |
|----|--------------|----------|--------------------|
|    | （ 年 月 日）     | 常勤・非常勤   | 月 回                |
|    | （ 年 月 日）     | 常勤・非常勤   | 月 回                |
|    | （ 年 月 日）     | 常勤・非常勤   | 月 回                |

\* 修了した講習会等の修了証の写しを添付すること。

(2) 検査従事者（上記（1）に記載の医師を除く）

| 職名 | 氏名 | 修了した講習会等（年月日） |
|----|----|---------------|
|    |    | （ 年 月 日）      |
|    |    | （ 年 月 日）      |
|    |    | （ 年 月 日）      |

\* 修了した講習会等の修了証の写しを添付すること。

\* 日本超音波医学会認定の超音波検査士（体表臓器又は健診領域）については、その旨を「修了した講習会等（年月日）」の欄に記載し、認定証の写しを添付すること。

(3) 超音波検査装置

|             |       |                           |           |           |
|-------------|-------|---------------------------|-----------|-----------|
| 超音波装置       | 製造会社名 |                           | 装置名       |           |
| 乳房用<br>プローブ | 製造会社名 |                           | 装置名       |           |
|             | 方式    | 電子スキャナ<br>アキュラレイメカニカルスキャナ | 周波数<br>帯域 | MHz ～ MHz |
| 静止画面画像記録装置  | 有 ・ 無 |                           |           |           |
| 受領検査日       | 年 月 日 |                           |           |           |

4. 乳がん検診に従事する医師の講習会等の受講状況

| 氏名 | 修了した講習会等（年月日） |
|----|---------------|
|    | （ 年 月 日）      |
|    | （ 年 月 日）      |
|    | （ 年 月 日）      |

\* 受講した講習会（「乳がん検診従事者講習会」、「茨城乳腺疾患研究会」、「日本乳癌学会」及び「日本乳癌検診学会」）の受講証の写しを添付すること。

【本申請書に関する照会先】

|                   |
|-------------------|
| 部署名：<br><br>担当者名： |
|-------------------|