

記入例

乳がん検診精密検査医療機関登録申請書 (  新規  更新 )

もしくは

該当する箇所に○をしてください。  
初めて申請される場合 ( 代替わりや、法人化に伴い  
開設者が変わった場合 ) は新規を選択してください。

令和 ○年 ○○月 ○○日

三重県知事 様

住 所 〒○○○-○○○○  
津市○○○○○  
(法人名) 医療法人○○○○  
代表者名 理事長 ○○○○

開設者

開設代表者の方のお名前を記入してください。  
法人：法人名と理事長名、個人：開設者名

三重県がん検診精密検査医療機関登録制度実施要領に基づく乳がん精密検査医療機関の登録要件を  
すべて満たしていますので、下記により申請いたします。

太枠の箇所を名簿に掲載します。

登録医療機関	名 称	○○病院		
	住 所	〒○○○-○○○○ 津市○○○○○		
	電話番号	○○○-○○○-○○○○		
精密検査 責任者	診療科	婦人科、産婦人科		
	ふりがな	みえ たろう		
	医師名	三重 太郎		
事務担当	部署・氏名	○○○課○○係 ○○○○	電話番号	○○○-○○○-○○○○
	メールアドレス	○○○@○○○. ○○. ○○	FAX 番号	○○○-○○○-○○○○

標榜している診療科で、精密検査の際に  
関連するものを記入してください。

1. 精密検査について

- ① マンモグラフィ及び超音波検査が実施できる。(  可  否 )
- ② 穿刺吸引細胞診または針生検が実施できる。(病理診断は外部委託による場合を含む。  
(  可  否 )

2. 装置について

<乳腺超音波検査>

- ① プローブは次のいずれかを満たすものを使用している。(  適  否 )  
電子リニアスキャナー ( 1 0 MHz 以上)、メカニカルセクタースキャナー ( 1 0 MHz 以上)

<乳房 X 線検査>

- ② 日本医学放射線学会が定める装置を使用している。(  適  否 )
- ③ マンモグラフィ撮影技術および精度管理に関する基本講習プログラムに進じた講習会を修了した  
診療放射線技師が撮影している。またはその監督下で撮影している。(  適  否 )

3. 担当医師について

- ① マンモグラフィ検診精度管理中央委員会の認定試験で B ランク以上の読影医師による診断体制  
が取れている。(  可  否 )

4. その他

- ① がん登録に協力できる。(  可  否 )
- ② 検診実施機関へ精密検査結果の報告ができる。(  可  否 )

全国がん登録の届出申請を行っていない  
診療所は、別途手続きをお願いします。

該当する箇所に○を記入してください。  
原則、すべて「可 ( 適 )」である場合のみ登録となります。