（様式第９号）

香川県乳がん検診精密検査協力医療機関変更届出書

　　年　　月　　日

　香川県がん対策推進協議会長　殿

医療機関名：

代表者職氏名：

次の事項に変更がありますので届出します。

　　※変更事項のみご記入ください。（実績件数・実績例の変更は不要）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 精密検査責任者 | 診療科名 |  |
| 医師名 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 精密検査担当診療科名 |  |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

１．乳がん検診精密検査に携わる医師名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医　師　名 | 精中委認定の有無 | その他認定医・専門医の資格 | 講習会等の参加有無 |
|  | 有　・　無 |  | 有　・　無 |
|  | 有　・　無 |  | 有　・　無 |
|  | 有　・　無 |  | 有　・　無 |

２．乳がん検診精密検査に携わる技師名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 技　師　名 | 精中委認定の有無 | その他の資格 | 講習会等の参加有無 |
|  | 有　・　無 |  | 有　・　無 |
|  | 有　・　無 |  | 有　・　無 |
|  | 有　・　無 |  | 有　・　無 |

＊講習会等とは、がん検診等に関する学会及び協議会の指導によるがん検診従事者講習会のことである

３．機器保有状況及び検査件数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 |
| 乳腺用Ｘ線撮影装置 | 有（　　台）・無 | 件 | 件 |
| 乳腺用超音波検査装置 | 有（　　台）・無 | 件 | 件 |
| 細胞診実施体制 | 自施設で実施 | 外部委託機関で実施 | 無 | 件 | 件 |
| 生検実施体制 | 自施設で実施 | 外部委託機関で実施 | 無 | 件 | 件 |

４．乳がん発見例数

|  |  |
| --- | --- |
|  | 前年度発見例数 |
| 早期がん | 例 |
| 進行がん | 例 |
| 深達度不明 | 例 |