（様式第４号）

香川県乳がん検診精密検査協力医療機関届出書

　　年　　月　　日

　香川県知事　殿

医療機関名：

代表者職氏名：

香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、乳がん検診精密検査協力医療機関としての要件を満たすため、下記のとおり届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 精密検査責任者 | 診療科名 |  |
| 医師名 |  |
| 事務担当 | 部署・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

１．乳がん検診精密検査に携わる医師名（該当する項目にチェックしてください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医　師　名 | 精中機構認定の有無 | その他認定医・専門医の資格（※精中機構認定「無」の場合のみ） |
|  | [ ] 　有　　[ ] 　無 |  |
|  | [ ] 　有　　[ ] 　無 |  |
|  | [ ] 　有　　[ ] 　無 |  |

２．乳がん検診精密検査に携わる技師名（該当する項目にチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 技　師　名 | 精中機構認定の有無 |
|  | [ ] 　有　　[ ] 　無 |
|  | [ ] 　有　　[ ] 　無 |
|  | [ ] 　有　　[ ] 　無 |

３．機器保有状況及び検査実施の可否（該当する項目にチェックしてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 機器保有状況及び検査実施の可否 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 |
| 乳房用Ｘ線撮影装置 | [ ] 　有　　[ ] 　無 | 件 | 件 |
| 乳房用超音波検査装置 | [ ] 　有　　[ ] 　無 | 件 | 件 |
| 細胞診(穿刺吸引細胞診を含む) | [ ] 　可(自施設あるいは外部委託機関)[ ] 　否 | 件 | 件 |
| 生検(針生検を含む) | [ ] 　可(自施設あるいは外部委託機関)[ ] 　否 | 件 | 件 |