

(様式第4号)

平成 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：

平成 年度は以下の状況ですので、
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

乳がんマンモグラフィ検査機器名	設置時期 (西暦)年	機 種名	製造メーカー

2. 乳がん精密検査に携わる医師名及び講習会の参加有無

医 師 名	講習会の参加有無
	有 ・ 無
	有 ・ 無
	有 ・ 無
	有 ・ 無
	有 ・ 無

*講習会とは愛媛県主催の生活習慣病予防対策講習会のことである

3. 愛媛県がん登録届出件数 過去1年間 件

4. 参考事項(届出の条件ではありません)

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」の医師及び技師

医師、技師の別	氏 名