

届出年月日： 年 月 日

2024 年度（令和 6 年度）福山市乳がん検診実施届出書

対応欄への御記入をお願いします。

医療機関名

| 福山市乳がん検診実施要領より抜粋 | 対 応 |
|---|-------------|
| 撮影装置 日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たしていること。 | 機種名等 |
| 診療放射線技師・医師 マンモグラフィ撮影は、特定非営利活動法人日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する講習会や、それに準じた講習会を終了し、B判定以上とされた撮影認定診療放射線技師・医師によって行う。 あるいは特定非営利活動法人日本乳がん検診精度管理中央機構のマンモグラフィ検診画像認定施設で行う。 | 診療放射線技師・医師名 |
| 読影医 特定非営利活動法人日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する講習会や、それに準じた講習会を終了し、B判定以上と判定された医師により読影するものとする。 | 医師名 |

※ 届出内容に変更が生じた場合は、その都度、連絡をお願いします。（担当課：健康推進課）