

届出年月日： 年 月 日

## 2026 年度（令和 8 年度）福山市乳がん検診実施届出書

届出事項の御記入をお願いします。届出内容は、該当ホームページにて確認します。

医療機関名

【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。

マンモグラフィ撮影機種		撮影機種名
アナログ撮影	デジタル撮影	

## 【撮影診療放射線技師・医師】

条件：特定非営利活動法人日本乳がん検診精度管理中央機構（以下、精中機構）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新涼放射線技師・医師によって行う。あるいは、精中機構のマンモグラフィ検診画像認定施設で行う。

※精中機構登録状況を○印または御記入をお願いします。

職種	名 前	登録県名	精中機構ホームページ
技師 ・ 医師			公表 ・ 非公表
技師 ・ 医師			公表 ・ 非公表
技師 ・ 医師			公表 ・ 非公表
技師 ・ 医師			公表 ・ 非公表
技師 ・ 医師			公表 ・ 非公表
技師 ・ 医師			公表 ・ 非公表

【読影医師】 ※精中機構登録状況を○印または御記入をお願いします。

条件：精中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

所属医療機関	名 前	登録県名	精中機構ホームページ
自院 ・ 他院			公表 ・ 非公表
自院 ・ 他院			公表 ・ 非公表
自院 ・ 他院			公表 ・ 非公表
自院 ・ 他院			公表 ・ 非公表
自院 ・ 他院			公表 ・ 非公表
自院 ・ 他院			公表 ・ 非公表

◎読影（二次読影）の依頼先はどちらですか。\*2026 年度（令和 8 年度）の予定

	自医療機関内で読影する
	他院に依頼する（依頼先医療機関名： ）
	医師会読影委員会に依頼する

※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）