

鳥取県乳がん検診一次検査（乳房エックス線撮影）医療機関登録届出書

医療機関名 _____

所在地（〒 _____） TEL（ _____） _____

担当技師氏名

	氏名	* 中央委員会評価認定 (AorB)
1		
2		
3		
4		
5		

(※) マンモグラフィ検診精度管理中央委員会認定有資格技師については AまたはBを記入下さい。

1. 乳房用エックス線装置

メーカー _____ 機種型式 _____
 購入年度 _____ 年度 _____

高圧発生装置 A) インバータ B) 単相・三相
 焦点 $\leq 0.3\text{mm}$ $0.3 <$ $\leq 0.5\text{mm}$ $0.5\text{mm} <$
 フィルター MO/Rh MO・Rh/MORh MO/AI
 ブッキー装置 有・無
 測定管電圧 有・無
 A) 測定管電圧 B) 実効エネルギー C) 被爆線量

2. 自動現像機

メーカー _____ 機種型式 _____
 購入年度 _____ 年度 _____
 現像液 _____ 定着液 _____
 現像時間 _____ 秒 現像液 _____ °C

3. マンモグラフィ専用観察装置（シャーカステン）

有・無 照度（ _____ ルクス）

※1, 2については、更新の場合は購入年度のみ記入することとし、新規届出の場合は、明細を記入してください。

当医療機関は、鳥取県乳がん一次検査（乳房エックス線撮影）医療機関登録に基づく登録必要条件を満たしていますので、届け出いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設長氏名

印

鳥取県健康対策協議会会長 様