

第 1 7 回京都マンモグラフィ講習会（読影部門）受講申込書

第 1 7 回京都マンモグラフィ講習会実行委員会 御中

2016 年 2 月 2 7 日～2 月 2 8 日に開催される標記講習会の受講を申し込みます。

| | | | | | | |
|----------------------|---|------|--------|--|---|--|
| 受診希望 講習会部門 | 読影部門（医師部門） | | | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| ふりがな | | ふりがな | | | | |
| 氏 名 | | | | 勤務先 | | |
| 京都府医師会員 | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 | | (TEL) | | (FAX) | |
| 生年月日 | T・S 年 月 日 | 年 齢 | 歳 | 卒業年度 | 年 卒 | |
| 自宅住所 | 〒 () | | | 専門科 | 1.外科 | |
| | (TEL) | | | | 2.放射線科 | |
| | (携帯) | | | 3.産婦人科 | | |
| | | | | 4.その他 () 科 | | |
| E-MAIL | @ | | | 受講待ち回数 | 回 | |
| 連絡先 | <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 | | 講習会受講歴 | 年 月 | | |
| 受講可能となった場合 (○で囲む) | MLO 一組（フィルムまたは CD）の持参（画像評価用） | | | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | | |
| MMG 経験症例 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 100 例以下 <input type="checkbox"/> 100～500 例 <input type="checkbox"/> 500～1000 例 <input type="checkbox"/> 1000 例以上 | | | | | |
| 学会会員 | <input type="checkbox"/> 日本乳癌学会 <input type="checkbox"/> 日本乳癌検診学会 <input type="checkbox"/> 日本放射線技術学会 | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | |

注意事項

1. 上記の申込用紙に必要事項を記入の上、郵送またはファックスにて下記までお申込ください。
2. 募集期間は 9 月 16 日～10 月 31 日（必着）とします。なお読影部門の受講定員は 4 9 名となっております。定員を超過した場合は受講できない場合もございますのでご了承ください。
3. 受講可能通知は 2015 年 12 月下旬に発送予定です。その際ご通知する口座への受講費用等の銀行振込をもって受講決定といたします。
4. 受講待ち回数：過去にマンモグラフィ講習会を受講申込み、受講できなかった方はその回数をご記入ください。
5. 本講習会に持参するものは、マンモグラフィ MLO 一組、ルーペ、鉛筆、消しゴムです。
6. 申込先：〒604-8585

京都市中京区西ノ京東梅尾町 6 京都府医師会 乳がん検診係（加藤）

TEL 075-354-6113、FAX 075-354-6097