

神奈川マンモグラフィ読影講習会の開催について

この度神奈川県医師会が主催し、“日本乳がん検診精度管理中央機構”との共催によるマンモグラフィ読影講習会を下記の通り開催することと致しました。

講習会受講を希望される方は下記のご案内を確認の上お申し込みください。

「神奈川マンモグラフィ読影講習会」のご案内

主 催：神奈川県医師会

共 催：日本乳がん検診精度管理中央機構・神奈川県産科婦人科医会

神奈川県臨床外科医学会・神奈川県放射線医会・神奈川県放射線技師会

後 援：神奈川県（予定）

事務局：神奈川県医師会（事務委託先：神奈川県予防医学協会）

対 象：医師（県内在職者を優先とさせていただきます）

日 時：平成27年9月5日（土）（午前8時30分～午後7時35分）

9月6日（日）（午前8時00分～午後5時00分）

場 所：神奈川県立衛生看護専門学校（TEL：045-625-6767）

[〒231-0836 神奈川県横浜市中区根岸町2-85-2]

受講者：49名（申込者多数の場合、抽選とさせていただきます。）

※受講決定者は7月11日（金）までに書面にてご通知いたします。

受講料：医師 ￥43,000（昼食代含む）

申し込み期限：平成27年6月19日（金）まで

申し込み先：FAXのみ

〒231-0021 神奈川県横浜市中区日本大通58 日本大通ビル

公益財団法人 神奈川県予防医学協会

業務部 稲葉 宛

FAX：045-641-2863 電話 045-641-8593（直）

* マンモグラフィ講習会受講予定者及び希望者の方々には、「マンモグラフィ読影勉強会」の開催を予定しています。日程は受講決定通知時に、ご案内いたします。（平成27年8月頃 午後7時～ 参加費5,000円を予定しております）

以上

(FAX:045-641-2863 行)

神奈川マンモグラフィ読影講習会 受講申し込み書

所属医師会名 (○をご記入下さい)	1. 所属している(_____ 医師会) 2. 所属していない ※郡市医師会名をご記入下さい		
所属医会 (○をご記入下さい)	1.神奈川県産科婦人科医会 2.神奈川県臨床外科医学会 3.神奈川県放射線医会 4.その他 () 5.所属なし		
氏名・年齢 (受講希望者)	(ふりがな)	年 齢	歳
標榜科目 (○をご記入下さい)	産婦人科 ・ 外科 ・ 放射線科 ・ その他()		
受講歴 (どちらかに○を ご記入下さい)	受講歴無し 受講歴有り 受講日 年 月 受講会場		
マンモグラフィ 読影経験 (かならずご記入ください)	年数 年	ここ1年間で 読影数 例 今までの総数 例	
勤務先 (医療機関名)			
勤務先 住 所	〒 —		
勤務先 電話番号			
連絡先・郵送先が、異なる場合は、下記をご記入下さい。 同じ場合は、ご記入の必要はありません。			
連絡先住所	〒 —		
連絡先電話番号			

個人情報は、講習会の運営管理に利用させていただき目的外利用はいたしません。