

受講申込みはできる限り下記 URL 先または QR コード先の WEB フォームよりお申込みください。
 WEB からの申込みが困難な方は、下記申込書にご記入いただき E-mail または FAX でお申込みください。

申込受付期間：12/6（水）8:30～12/22（金）

（お申込先）北海道医師会事業第二課 マンモグラフィ読影講習会担当宛

E-mail tiiryom@m.douji.jp FAX 011-210-4514

URL <https://forms.gle/pKmc9frx8YeiyJEU9>



令和5年度北海道がん検診従事者講習会[マンモグラフィ読影更新講習会]
 受 講 申 込 書

ふりがな		年 齢	歳
氏 名			
医 籍 登 録 番 号			
所 属 機 関 ・ 診 療 科 名			
所 属 機 関 住 所 等	〒 — TEL () — FAX () —		
文 書 送 付 先 住 所 等 ※所属機関住所と異なる場合のみご記入ください。	〒 — TEL () — FAX () —		
メー ル ア ド レ ス	@		
専 門 科	外科 ・ 放射線科 ・ 産婦人科 ・ その他[]		
認 定 を 取 得 し た 精 中 機 構 認 定 講 習 会 ※最新の受講歴をご記入ください。	講 習 会 名		
	開 催 日	年 月 日	
	開 催 場 所		
	評 価	A ・ B ・ C ・ D	
試 験 で A ・ B ラ ン ク に 認 定 さ れ た 場 合 の 名 簿 公 表	了承する ・ 了承しない		
受 講 希 望 日 ※希望される日を○で囲んでください。	第 1 希 望	どの日程も可・[第1組]3/2(土)午前・[第2組]3/2(土)午後・[第3組]3/3(日)午前	
	第 2 希 望	どの日程も可・[第1組]3/2(土)午前・[第2組]3/2(土)午後・[第3組]3/3(日)午前	

※申込書に記載いただいた個人情報は、原則として本講習会関係者（担当役職員、講師等）でのみ使用し、それ以外に利用いたしません。