新 規

**申込受付期間：12/6（金）8:30～12/25(水)**

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 tiiryo@m.doui.jp　　FAX　011-210-4514

令和6年度北海道がん検診従事者講習会[マンモグラフィ読影**新規**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［　　　　　　　　　　　　］ |
| 所属学会該当する学会に☑を入れてください。 | □ 日本乳癌検診学会　　□ 日本乳癌学会　　　　□ 日本医学放射線学会□ 日本産科婦人科学会　□ 日本放射線技術学会□ その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| 所属機関の乳房撮影システムについて | 乳房撮影装　　置 |  |
| 診断方式 | モニタ診断　・　フィルム診断　・　モニタ／フィルム診断混在 |
| 検診について | 現在従事　・　近い将来従事　・　精検施設に勤務その他（具体的に） [　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　] |
| マンモグラフィ経験症例数 | なし・100例未満・100例以上500例未満・500例以上1,000例未満・1,000例以上 |
| マンモグラフィ講習会申込回数 | 今回初めて　・　1回　・　2回　・　3回以上 |
| 精中機構認定講習会受講経験 | なし　・　あり［　　　年　　　月　　　日、　　　　　　　　で最終受講］ |
| 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 |

※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。