

申込受付期間：12/6（金）8:30～12/25（水）

新規

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.dou.jp](mailto:tiiryo@m.dou.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	〒 ー			
	TEL ( ) ー FAX ( ) ー			
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。	〒 ー			
	TEL ( ) ー FAX ( ) ー			
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。	<input type="checkbox"/> 日本乳癌検診学会 <input type="checkbox"/> 日本乳癌学会 <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会 <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会 <input type="checkbox"/> 日本放射線技術学会 <input type="checkbox"/> 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。