更 新

**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**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 |

※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。