

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.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	〒 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 []			
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。