

## 第 20 回京都マンモグラフィ講習会（読影部門）受講申込書

第 20 回京都マンモグラフィ講習会実行委員会 御中

2019 年 2 月 2 日（土）～2 月 3 日（日）に開催される標記講習会の受講を申し込みます

受診希望 講習会部門	読影部門（医師部門）			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
ふりがな		ふりがな				
氏 名			勤務先	(TEL )		
京都府医師会員	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員			(FAX )		
生年月日	T・S・H	年 月 日	年 齢	歳	卒業年度	年 卒
自宅住所	〒 ( )			専門科	1.外科 2.放射線科 3.産婦人科 4.その他 ( ) 科	
	(TEL ) (携帯 )					
E-MAIL	@			受講待ち回数	回	
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先		講習会受講歴	年 月		
受講可能となった 場合の MLO 一組 提出について (○で囲む)	CD-ROM（事前送付） または フィルム（当日持参）					
MMG 経験症例	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 100 例以下 <input type="checkbox"/> 100～500 例 <input type="checkbox"/> 500～1000 例 <input type="checkbox"/> 1000 例以上					
モニタ診断の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
学会会員	<input type="checkbox"/> 日本乳癌学会 <input type="checkbox"/> 日本乳癌検診学会 <input type="checkbox"/> 日本放射線技術学会					
備考欄						

申込先：〒604-8585

京都市中京区西ノ京東梅尾町6 京都府医師会 乳がん検診係（若松）

TEL 075-354-6113 FAX 075-354-6097

## 【注意事項】

1. 申込用紙に必要事項を記入の上、郵送または FAX にて下記までお申込ください。  
折り返し申込受領のお知らせを1週間以内に FAX にてご連絡いたします。(万一 FAX が届かない場合はご一報ください)
2. 黒色のペン又はボールペンで濃く、はっきりと記入してください。
3. 募集期間は9月1日(土)～10月5日(金)(必着)とします。なお読影部門の受講定員は49名となっております。定員を超過した場合は受講できない場合もございます。また、定員に満たない場合は開催を中止いたしますのでご了承ください。(募集期間終了後にご連絡いたします)
4. 受講可能通知は2018年10月下旬に発送予定です。その際ご通知する口座への受講費用等の銀行振込をもって受講決定といたします。
5. 受講待ち回数：過去にマンモグラフィ講習会を受講申込み、受講できなかった方はその回数をご記入ください。
6. 受講者決定後、所属施設あるいは読影している施設で撮影したマンモグラフィ1例(正常の不均一高濃度症例 左右の MLO 画像)を京都府医師会事務局へ CD またはフィルムをご提出頂きます。(受講終了後ご返却いたします)

【通常モニタで読影をされている場合】  
臨床画像データの入った CD (事前送付)

【通常フィルム読影をされている場合】  
マンモグラフィフィルム原版 (当日持参)