

第22回京都マンモグラフィ講習会(読影部門)受講申込書

第 22 回京都マンモグラフィ講習会実行委員会 御中

2022年2月26日(土)～2月27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	勤務先名			
京都府医師会員	<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員	勤務先住所	〒 ()	
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)		(TEL) (FAX)	
卒業年度	年卒	E-MAIL	@	
自宅住所	〒 () (TEL) (携帯)		専門科	1. 外科 2. 放射線科 3. 産婦人科 4. その他 ()科
受講決定通知書等の送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅	受講待ち回数	回	
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携 帯	講習会受講歴	年 月 評価 ()	
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 ～ 1,000 例 <input type="checkbox"/> 1,000 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				

申し込み先：〒 604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町6 京都府医師会地域医療2課

FAX 075-354-6097