

## 第21回京都マンモグラフィ講習会開催のお知らせ

読影部門(医師)は2020年2月29日(土)～3月1日(日)の2日間、技術部門(医師・診療放射線技師)は2020年2月1日(土)～2月2日(日)の2日間、府医会館において日本乳がん検診精度管理中央機構、府医、京都マンモグラフィ研究会の共催で第21回京都マンモグラフィ講習会を開催いたします。

乳がん診療に関わる医師および技師の方々ばかりではなく、現在あるいは今後乳がん検診に関わられる地区医の先生方、また、キャリアアップを望まれる先生方や乳がん検診に興味をお持ちの研修医の先生方など、府医会員は優先的に受講でき、受講料の面でも優遇がございます。この機会にぜひ受講いただきますようお願い申し上げます。

京都府医師会乳がん検診委員会委員長  
田中 宏樹

### ◆◆◆第21回 京都マンモグラフィ講習会実施要項◆◆◆

#### ◇マンモグラフィ読影講習会(医師)2日間(読影部門)

会場 京都府医師会館 対象：医師 定員：49名

講習日時 2020年2月29日(土) 午前8時30分～午後7時30分

2020年3月1日(日) 午前8時30分～午後4時30分

受講費 府医会員45,000円(消費税込み)、非会員53,000円(消費税込み)

講習内容 日本乳がん検診精度管理中央機構の開催要項に沿った、全体講義とグループ講習による2日間にわたる講習会で、今回から5MPモニタを使用いたします。乳がん検診を基礎から学び、講習会後の認定試験で評価B以上の方を日本乳がん検診精度管理中央機構による検診マンモグラフィ読影医師と認定いたします。また当日、受講者全員に受講証を交付いたします。

なお、更新の方についても受講可能ですが、全日程を受けていただくことが必要ですのでご注意ください。

申し込み方法 次ページ「受講申込書」に必要事項を記入の上、郵送またはFAXにて京都府医師会地域医療2課までお申し込みください。

〒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 乳がん検診係

電話 075-354-6113 FAX 075-354-6097

募集期間：10月1日(火)～10月31日(木) (必着)

※受講決定通知書につきましては、12月下旬頃になります。

※なお、応募人数が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。

#### ◇マンモグラフィ撮影技術講習会(医師・技師)2日間(技術部門)

会場 京都府医師会館 対象：医師・診療放射線技師 定員：50名

講習日時 2020年2月1日(土) 午前8時30分～午後7時25分

2020年2月2日(日) 午前8時25分～午後4時

受講費 38,500円(消費税込み)

講習内容 詳細は、下記URLをご覧ください。

申し込み方法 京都マンモグラフィ研究会ホームページ(下記URL)よりお申し込みください。



<https://kyoto-mmga.amebaownd.com/>

募集期間：10月1日(火)～10月31日(木) (必着)

## 第21回京都マンモグラフィ講習会(読影部門) 【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にて下記までお申し込みください。
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10月1日(火)～10月31日(木)(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2019年12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し込み、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いただきます(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)

## 第21回京都マンモグラフィ講習会(読影部門)受講申込書

第21回京都マンモグラフィ講習会実行委員会 御中

2020年2月29日(土)～3月1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		〒 (            )	
生年月日	T・S・H    年    月    日 (                      歳)	勤務先住所	(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**