



福集協発第 24 号
平成18年4月28日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
福岡県集団検診協議会
会長 竹 嶋 康



マンモグラフィ講習会の開催について（ご案内）

時下 貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

本会では、下記のとおり実施することとなりましたので、ご連絡申し上げます。

なお、

- 1) 乳がん検診実施登録医療機関（マンモグラフィ・視触診併用、マンモグラフィのみ）並びに乳がん検診精密検査実施医療機関には、本会より直接通知いたしております。
- 2) 講習会の申込は、別紙によりファックスにてお願いいたします。電話・メールでの受付はいたしません。
- 3) 受講の可否については、6月初旬頃郵送にてご連絡いたします。

記

福岡マンモグラフィ講習会

△と き 平成18年 8月5日（土）・6日（日）

△と ころ 福岡県医師会館

福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

△定 員 49名

△申込期間 平成18年5月8日～22日

△申 込 先 福岡大学 放射線科医学教室

FAX 092-864-6652

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽

(FAX092-864-6652)

福岡マンモグラフィ講習会受講申込書

8月5日(土)、6日(日)開催の福岡マンモグラフィ講習会の申込をいたします。

1. 受講希望者氏名 _____

2. 所属施設名

_____ (正式名称をご記入願います)

3. 所属施設住所

住所 〒 _____

電 話 () _____

ファックス () _____

4. 連絡先(上記3と異なる場合のみご記入願います)

住所 〒 _____

電 話 () _____

ファックス () _____

5. マンモグラフィ経験の有無

有り (_____ 例) ・ 無し

6. 受講暦

有り (年 月 日受講、評価 _____) ・ 無し

平成18年 5月 日