



福集協発第 4 号
平成19年4月13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 横 倉 義 武
(公 印 省 略)

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、標記講習会を下記のとおり実施することといたしましたので、ご連絡申し上げます。

なお、

- 1) 乳がん検診実施登録申請医療機関 (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登録申請医療機関には、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19年 8月4日 (土)・5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

△申込受付 平成19年5月7日～21日

△申 込 先 福岡県医師会地域医療課

FAX 092-411-6858

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽・永田正和



(FAX092-411-6858)

福岡マンモグラフィ講習会受講申込書

8月4日（土）、5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。

ふりがな

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19年 5月 日