

福集協発第 60 号

平成20年7月23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（技術部門）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。

福岡県放射線技師会との共催で標記講習会を下記のとおり開催することといたしましたのでご連絡いたします。

なお、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。

記

【マンモグラフィ技術講習会】

日 時 : 平成20年11月22日（土）8:10 受付開始～18:35 終了予定

平成20年11月23日（日）8:00 受付開始～16:05 終了予定

開催場所: 健康保険直方中央病院

〒822-0001 福岡県直方市大字感田 523-5

TEL: 0949-26-2311

主 催 : (社) 福岡県放射線技師会 (社) 福岡県医師会

福岡県集団検診協議会

共 催 : NPO 法人マンモグラフィ検診精度管理中央委員会

定 員 : 50 名 定員を超えた場合は、実行委員会にて選考いたします。

受講料 : 20,000 円（技師会会員及び医師以外は 50,000 円）

別に昼食代として 2,000 円（2 日間）

但し、旅費、宿泊費については各自負担となっております。

申し込み： 申込書に必要事項をもれなく記入し、80 円切手を貼った定形封筒（郵送先・氏名を必ず記入）を同封のうえ、封書にて下記事務局までお申し込みください。申込書に記載内容不備がある場合は、申込みをお受けできませんので、ご注意ください。

応募期日： 平成 20 年 8 月 11 日（月）～8 月 22 日（金）17 時必着

（ 期 日 厳 守 ）

事務局： 〒812-0054 福岡市東区馬出 4-10-1 ナースプラザ福岡内
社団法人福岡県放射線技師会 マンモグラフィ技術講習会係
TEL：092-631-1184 FAX：092-631-1196
e-mail：rt-master@fukuoka-rt.or.jp

問合せ先： マンモグラフィ技術講習会（技術部門）担当
（社）福岡県放射線技師会学術教育委員
社会保険久留米第一病院 放射線部 中原博子
TEL：0942-33-1211（内線 313）
e-mail：shappa@kumin.ne.jp

講習会の詳細、受講者募集につきましては、（社）福岡県放射線技師会ホームページ <http://www.fukuoka-rt.or.jp/> をご覧ください。

マンモグラフィ技術講習会 受講申込書

ふりがな			
1. 氏名		年齢	歳
2. 勤務先	名称		
	郵便番号		
	住所		
	電話番号	FAX番号	
*) 3. e-mail(携帯は不可)			
4. 技師会会員の確認			
(1) 会員 会員番号() 所属県() 県			
A 入会手続き中 B 入会手続き予定			
(2) 非会員 C 入会しない			
(3) 医師			
5. 受講申し込み回数			
(1) 初回			
(2) あり () 回			
6. 技術部門受講経験			
(1) あり () 回			
最終研修会期日および会場名: できるだけ正確に記入してください			
(2) なし			
7. マンモグラフィ検診精度管理中央委員会の最終試験評価			
(1) あり 評価日: 評価:			
(2) なし			
8. 撮影経験年数	年	ヶ月	9. 最近1年間の撮影数 人
10. 施設のシステム	(1) アナログ	(2) CR	(3) FPD (4) 装置なし
11. 受講に際してご自身で撮影されたフィルムを持参することは可能ですか (1) 可能 (2) 不可能			

*) 連絡先アドレスをお持ちの方のみ記入をお願いします。その他の項目には全て記載してください。

申込書に記載不備の場合(3は除く)は、申込が受け付けられない場合もありますのでご注意ください。

提出いただいた個人情報は、今講習会の受講申し込みのみに使用いたします。