

福集協発第 20 号
平成20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 横倉 義武
(公印省略)

福岡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、7月上旬頃郵送にてご連絡いたします。
- 4) なお本講習会は、乳がん検診実施登録医療機関を対象に年度1回以上の出席を求める講習会とは異なり、マンモグラフィ精度管理中央委員会の認定を受けて実施する読影医師養成講習会となりますのでご留意下さい。

記

【福岡マンモグラフィ講習会 (2日間)】

△と き 平成20年 8月30日 (土) 予定時間 8:30~19:30
平成20年 8月31日 (日) 予定時間 8:30~16:30

△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20年5月14日~平成20年6月6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 永田正和
名取一幸
毛利康茂
会長 丸山 泉

(FAX092-411-6858)

福岡マンモグラフィ講習会受講申込書

8月30日(土)、31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. 受講歴

有り (年 月 日受講、評価 _____) ・ 無し

平成20年 月 日