



福集協発第 105 号
平成22年12月 2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 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡マンモグラフィ講習会（読影部門）の開催について（ご案内）

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) 本講習会は2日間の受講となります。
- 2) 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）、乳がん検診精密検査実施登録申請医療機関並びに各乳がん検診登録保留・見送り医療機関には、本会より直接通知いたしております。
- 3) 本講習会の申込は、別紙申込書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。
- 4) 本会ホームページにも日程、申込書等掲載予定です。
- 5) 定員は49名です。受講の可否につきましては、選考委員会の後、平成23年1月上旬を目途に郵送にてご連絡いたします。講習会プログラム等につきましても決定通知と併せてご連絡いたします。
- 6) 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23年3月5日（土） 予定時間 8:30～19:30
平成23年3月6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22年12月6日（月）～平成22年12月22日（水）

△申 込 先 福岡県医師会地域医療課

FAX: 092-411-6858

URL: <http://www.fukuoka.med.or.jp>

(FAX : 092-411-6858)

福岡マンモグラフィ講習会受講申込書

3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。

ふ り が な

1. 受講希望者氏名 _____ (年齢 : _____)

診療科 (_____)

医師会入会の有無 (有 ・ 無)

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

【全ての項目にご記入下さい。】

平成22年 月 日