

## 平成 28 年度 横浜市マンモグラフィ読影講習会(医師)の開催について

主催横浜市医師会・横浜市健康福祉局、共催日本乳がん検診精度管理中央機構によるマンモグラフィ読影講習会を開催致します。

講習会受講をご希望される方は、下記要領をご確認のうえお申し込み下さい。

### 記

主 催 : 横浜市医師会・横浜市健康福祉局

共 催 : 日本乳がん検診精度管理中央機構

対 象 : 医師

日 時 : 平成 29 年 3 月 4 日(土) 午前 8 時 30 分～午後 7 時 30 分(予定)

平成 29 年 3 月 5 日(日) 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分(予定)

会 場 : 横浜市医師会保土谷看護専門学校(横浜市保土ヶ谷区川辺町 5-10)

受講者数 : 49 名

受 講 料 : 横浜市医師会会員 45,000 円 (昼食代含む)

非 会 員 52,000 円 (昼食代含む)

申込み期限 : 平成 28 年 12 月 9 日(金)

申込み先 : FAX 送信 (別紙)

〒231-0062 神奈川県横浜市中区桜木町 1 - 1

一般社団法人 横浜市医師会 保健健診課 宛

FAX : 045-681-5763 電話 : 045-680-0073 (直)

※ 受講決定者は平成 29 年 1 月 13 日(金)までに、公益財団法人 神奈川県予防医学協会より書面にてご通知いたします。

※ 一旦納入頂いた受講料は、受講キャンセルを含めた、いかなる場合においても返却できませんので、ご了承のうえ、お申し込みください。

---

※ マンモグラフィ講習会受講予定者及び希望者の方々には、

「マンモグラフィ読影勉強会(プレ講習会)」の開催を予定しています。

詳細は受講決定通知時に、ご案内いたします。

横浜市医師会 保健健診課 行

(FAX : 045-681-5763)

横浜市マンモグラフィ読影講習会 受講申込書

所属医師会名 (○をご記入 下さい)	1. 横浜市医師会                      2. 所属している( _____ 医師会) 3. 所属していない                      ※医師会名をご記入ください		
所属医会 (○をご記入 下さい)	1. 横浜外科医会                      2. 横浜市産婦人科医会 3. 横浜放射線医会                      4. その他 ( _____ ) 5. 所属なし		
氏名・年齢 (受講希望者)	(ふりがな)	年 齢	歳
標榜科目 (○をご記入 下さい)	外科 ・ 産婦人科 ・ 放射線科 ・ その他( _____ )		
受講歴 (どちらかに○を ご記入下さい)	受講歴無し  受講歴有り                      受講日                      年                      月                      受講会場		
マンモグラフィ 読影経験 (かならずご記入ください)	年数                      年	ここ1年間で 読影数	例  例
勤務先 (医療機関名)			
勤務先 住 所	〒                      -		
勤務先 電話番号			
連絡先・郵送先が、異なる場合は、下記をご記入下さい。 同じ場合は、ご記入の必要はありません。			
連絡先住所	〒                      -		
連絡先電話番号			

個人情報、講習会の運営管理に利用させていただき目的外利用はいたしません。