

令和元年度 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 : 令和2年2月29日(土) 午前8時30分～午後7時30分

令和2年3月1日(日) 午前8時30分～午後5時00分

会 場 : 横浜市医師会聖灯看護専門学校

(〒230-0047 横浜市鶴見区下野谷町三丁目 88 番 16)

受講者数 : 49名

受講料 : 横浜市医師会会員 : 会員歴が継続で2年以上 30,000円(昼食代含む)

会員歴が継続で2年未満 40,000円(昼食代含む)

非 会 員 : 55,000円(昼食代含む)

申込み期限 : 令和元年12月6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)

※ 講習及び試験の使用機材は5MPモニタです

※ 原則として、所属施設の最新の不均一高濃度の正常臨床画像(同一症例左右ML O画像)を提出できること。フィルムの場合は必ず原版で当日持参、モニタ読影の場合はCDにて事前に事務委託先(公益財団法人 神奈川県予防医学協会)に送付、詳細は受講決定後の案内に記載します。

※ 読影試験のみの申込みはできません。

※ 受講決定者は令和2年1月17日(金)までに、事務委託先(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。詳細は受講者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)

令和元年度 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
普段の読影方法	フィルム デジタル	本講習会へ普段の 読影方法での画像の提出	可 不可
勤務先 (医療機関名)			
勤務先 住 所	〒 -		
勤務先 電話番号			
連絡先・文書郵送先が、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			

個人情報は、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。