

第2回茨城マンモグラフィ検診従事者認定講習会 受講申し込み方法について

(社)茨城県放射線技師会
茨城マンモグラフィ検診従事者認定講習会実行委員会

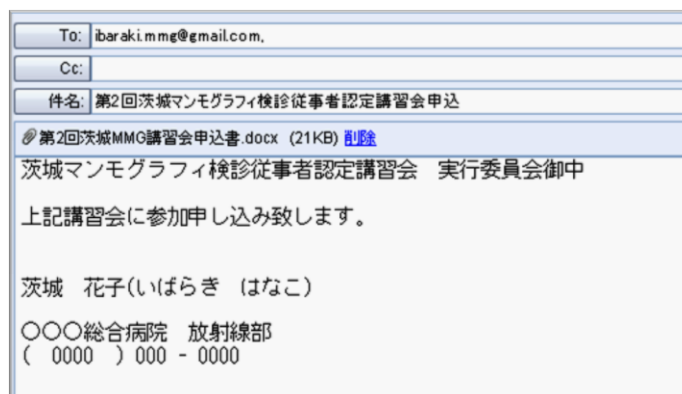
第2回茨城マンモグラフィ検診従事者認定講習会にお申し込みいただく場合は、以下に従ってお申し込み下さい。

- ① (社)茨城県放射線技師会のホームページなどから『第2回茨城マンモグラフィ検診従事者認定講習会申込書(別紙word文書)』をダウンロードする。
- ② **(記入例)**を参照し、上記申込書に必要事項を記入する。
(注)勤務先以外に今後の連絡(受講票の郵送等)を希望する場合には、申込書の『自宅』の欄に必ず連絡の取れる連絡先(住所・電話番号)を記入し、メール本文中にもその旨記載する事。
- ③ 作成した申込書をメールに添付して、下記アドレスまで送信する。

申込先アドレス: ibaraki.mmg@gmail.com

その際、メールの件名を『第2回茨城マンモグラフィ検診従事者認定講習会受講申込』とし、メール本文中に氏名・連絡先を明記する。

申込みメールの一例)



- * お申し込み頂いた方には、一両日中に受付完了のメールをお送りいたします。
- * 一週間たっても連絡がない場合は、お手数ですが下記問合せ先までご連絡下さい。

問合せ: 筑波大学附属病院 放射線部 宮田
mail: m.mty.3810@gmail.com
tel: 029(853)3729

第2回茨城マンモグラフィ検診従事者認定講習会受講申込書

私は、平成24年3月17日(土)・18日(日)に(社)茨城県放射線技師会がマンモグラフィ検診精度管理中央委員会との共催で開催する「第2回茨城県検診従事者認定講習会」を受講したく、ここに申し込みます。

申込日 平成23年12月15日

ふりがな	いばらき はなこ		性別	年齢
氏名	茨城 花子		女	30歳
勤務先名	〇〇〇総合病院		勤務先所属	放射線部
勤務先	住所	〒000-0000 茨城県土浦市……………		
	電話	(0000) 000-0000		
自宅 <small>(勤務先以外に書類の郵送を希望する場合はご記入下さい)</small>	住所	〒000-0001 茨城県つくば市……………		
	電話	(0000) 000-0002		
E-mail (必ず連絡が取れるもの)	〇△×@……………			
希望コース	() 通常	() 更新	技師会番号	01234
マンモグラフィ撮影経験年数	6年2か月		最近1年の撮影件数	約200件

* 過去の精度管理中央委員会主催または共催の講習会受講の有無について

講習会受講申込の有無	() 無	(○) 有	2回
講習会受講の有無	() 無	(○) 有	1回
最終受講日	開催日	講習名	評価結果
	200X年○月△日	〇△マンモグラフィ精度管理講習会	B-1

* 現在使用している装置について(該当するものの()内に○を記入してください)

所属先形態	() 検診施設	(○) 精査施設	
	() その他()		
所属施設のシステム	() S/F	(○) CR	() DR
使用している撮影装置	メーカー	型式	
	○▲□社	▽■×	
(CRの場合) 使用している受像系システム	メーカー	読取り装置	
	□○△社	■△○	

必要事項を記入の上、メールに添付して下記アドレスまでお送りください。受講の可否は後日メールでご連絡します。

申込先アドレス：ibaraki.mmg@gmail.com

* 記入例を参照し、記入漏れのないようにしてください。
* ご提出いただいた個人情報は、今講習会のみで使用致します。