**令和元年度栃木県乳房超音波医師講習会受講申し込み**

**□　講習会+試験**　　　　　　　　　　　　　　　　申込記入日　令和元年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（かな）※必須 |  |
| 氏名（漢字）※必須 |  |
| 生年月日　※必須 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 年齢　※必須 | 　　　　　　　　　　　　　　　　才 |
| ご所属　※必須 |  |
| ご専門医師（乳腺外科・外科・放射線科・婦人科・検診・その他など）※必須 |  |
| **今後の連絡先（勤務先・自宅）**※必須 | □勤務先　　□ご自宅　（チェックを入れてください） |
| 連絡先住所　※必須 | 〒 |
| 連絡先電話番号 | 　　　　　　‐　　　　　　‐　　　 |
| E-maiｌアドレス　※必須 | 　　　　　　　　　　　＠ |
| 応募目的　※必須 | □認定目的　□更新目的　□その他（　　　　　） |
| 過去３年間の乳房超音波実施症例数※必須 | 検診：　　　　　　　　件診療：　　　　　　　　件 |
| 過去３年間の乳房超音波判定のみ症例数※必須 | 検診：　　　　　　　　件診療：　　　　　　　　件 |
| 自施設の超音波画像を持参することができるか否か※必須 | * できる　　　　　　□ できない
 |
| 日超医の超音波専門医（乳腺・総合）取得の有無※必須 | * あり　　　　　　 　□なし

※会場番号あるいは開催年と開催地 |
| 精中機構主催・共催、JABTS主催・共催の乳房超音波講習会への受講歴　※必須 | □あり　　　　 　　　□なし※会場番号あるいは開催年と開催地 |
| ※受講歴がある方で、前回と姓、所属などが異なる場合は記載ください。 |  |

※受講・受験資格等の詳細は、日本乳がん検診精度管理中央機構のホームページでご確認お願いいたします。