

平成 31 年 4 月 25 日

会員各位

鎌倉市医師会会長 井上 俊夫
健診担当理事 志村 純一

神奈川マンモグラフィ読影講習会（医師・技師）の開催について

神奈川県医師会より通知がまいりましたのでお知らせいたします。

受講を希望される先生は別添の申込用紙にて 6 月 14 日（金） までに神奈川県予防医学協会 FAX（045-662-1700）へお申込みくださいますようお願い申し上げます。

こちらは鎌倉市医師会 HP にもアップロードしてありますので、ご確認ください。

神奈川県医師会
会長 菊岡 正和
(公印省略)

神奈川マンモグラフィ読影講習会（医師・技師）の開催について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

日頃より本会事業にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、マンモグラフィ検診は、撮影と読影に日本乳がん検診精度管理中央機構の定めた精度管理が必要とされており、その習得には日本乳がん検診精度管理中央機構の定める基本講習/プログラムに準じた講習会を受講し、試験を通ることが唯一の方法であります。この機会がきわめて少なく、マンモグラフィ併用検診の実施の障害となっております。

そのような現状の中、本年度も「神奈川県医師会」が主催し、日本乳がん検診精度管理中央機構及び、神奈川県産科婦人科医会・神奈川県臨床外科医学会・神奈川県放射線医会・神奈川県放射線技師会との共催による医師及び技師（県内在職者を優先とさせていただきます。）を対象としたマンモグラフィ読影研修会を別紙のとおり開催することとなりました。

つきましては、神奈川県医師会ホームページ (<http://www.kanagawa.med.or.jp>) および会報において会員へご案内する予定ですが、貴会におかれましても本件についてご丁寧なご周知、会員への周知につきましてご高配いただきますよう、お願い申し上げます。

なお、診療放射線技師を対象とする講習会につきましては、別途開催いたしますが、詳細が決定いたしましたら改めてご案内いたしますので、ご承知おきくださいますようお願い申し上げます。

お問い合わせ先

地域保健課 担当：福本

横浜市中区富士見町 3-1

TEL 045(241)7000 FAX 045(241)1464

E-mail k-fukumoto@kanagawa.med.or.jp

神奈川県マンモグラフィ読影講習会の開催について

この度神奈川県医師会が主催し、“日本乳がん検診精度管理中央機構”との共催によるマンモグラフィ読影講習会を下記の通り開催することと致しました。

講習会受講を希望される方は下記のご案内を確認の上お申し込みください。

「神奈川県マンモグラフィ読影講習会」のご案内

主 催：神奈川県医師会

共 催：日本乳がん検診精度管理中央機構・神奈川県産科婦人科医会

神奈川県臨床外科医学会・神奈川県放射線医会・神奈川県放射線技師会

後 援：神奈川県（予定）

事務局：神奈川県医師会（事務委託先：神奈川県予防医学協会）

対 象：医師

日 時：令和元年 9月 7日（土）（午前8時30分～午後7時25分）

9月 8日（日）（午前8時30分～午後4時30分）

場 所：神奈川県立衛生看護専門学校（TEL：045-625-6767）

[〒231-0836 神奈川県横浜市中区根岸町2-85-2]

受講者：49名（申込者多数の場合、抽選とさせていただきます。）

※受講決定者は7月12日（金）までに書面にてご通知いたします。

受講料：医師 ￥43,000（昼食代含む）

申し込み期限：令和元年6月14日（金）まで

申し込み先：FAXのみ

〒231-0021 神奈川県横浜市中区日本大通58 日本大通ビル

公益財団法人 神奈川県予防医学協会 業務部 金子 宛

FAX：045-662-1700 電話 045-641-8593（直）

※ 原則として、普段の読影媒体（デジタルまたはフィルム）で、最新の不均一高濃度の正常臨床画像（同一症例左右MLC画像原版）を持参できること。

※ 読影試験のみの申込みはできません。

※ 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。日程は受講決定通知時にご案内いたします。

（令和元年8月2日（金） 午後7時～ 神奈川県総合医療会館 参加費5,000円）

以上

(FAX: 045-662-1700 行)

神奈川県マンモグラフィ読影講習会 受講申し込み書

楷書で丁寧に記入下さい

所属医師会名 (○をご記入下さい)	1. 所属している(_____ 師会) ※ 郡市医師会名をご記入ください 2. 所属していない		
所属医会 (○をご記入下さい)	1. 神奈川県産婦人科医会 2. 神奈川県臨床外科医学会 3. 神奈川県放射線医会 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)	産婦人科 ・ 外科 ・ 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 今までの総数 例	
普段の読影方法	フィルム デジタル	本講習会へ普段の 読影手法の画像の持参	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。