

さいたま乳房超音波技術講習会 申し込みシート(例)

すべての設問に教えてください。 (記載に不備があった場合受付できない場合がありますのでご注意ください)		入力欄
1	氏名	日赤 花子
2	(ふりがな)	にっせき はなこ
3	年齢	32
4	生年月日(西暦)	1985/4/2
5	所属	さいたま赤十字病院
6	職業	診療放射線技師
7	連絡先	勤務先
8	郵便番号	338-8553
9	住所	埼玉県さいたま市中央区新都心1-5
10	電話番号	048-852-1111
11	メールアドレス(PC)	hoshasen@saitama-med.jrc.or.jp
12	乳房超音波経験(検診) 過去3年間で行った症例数	500
13	乳房超音波経験(診療) 過去3年間で行った症例数	3000
14	自施設の超音波画像を持参することは可能ですか?	可能
15	日超医の超音波検査士(体表・検診)は取得されていますか?	取得なし
16	精中機構主催・共催、JABTS主催・共催の乳房超音波検査講習会への受講歴を教えてください。	なし
	精中機構主催・共催、JABTS主催・共催の乳房超音波検査講習会への受講歴は?	
	「あり」の場合は、第何回か会場を記載してください	

お申し込みありがとうございます。

hoshasen@saitama-med.jrc.or.jp まで記入の済んだデータの送信をお願いします。