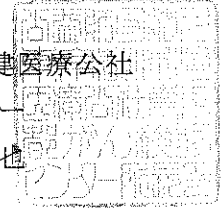


平成30年9月13日

検診機関・医療機関 事務長 殿

公益財団法人東京都保健医療公社
東京都がん検診センター
所長 阿部 和也



平成30年度第2回東京都マンモグラフィ読影講習会
に係る受講生候補者の推薦について（依頼）

日頃より、当センターの運営に御協力いただきまして深く感謝申し上げます。

本講習会は、東京都と特定非営利活動法人日本乳がん検診精度管理中央機構（以下「精中機構」という。）との共催で開催いたします。講習内容は、教育研修委員会認定プログラムに則り、講義及びグループ実習を実施した後、個人評価試験を行うものです。

つきましては、下記のとおり、受講生候補者の推薦方よろしくお願いいたします。

尚、当センターでは、東京都から本講習会の運営を受託して実施しています。

記

1 講習会の概要

(1) 目的

マンモグラフィによる乳がん検診に従事する医師の読影能力等の向上を図り、乳がん検診における質の高い検診を実施するための人材育成を行うことを目的とする。

(2) 講習の種類

マンモグラフィ読影医師

(3) 受講資格

一定程度の知識を有する医師

(4) 実施日及び定員

① 実施日 平成31年1月19日（土曜日）及び20日（日曜日）の2日間

② 定員 49名

* 両日、全講習を受講することが必要です。

* 講習及び試験における実施機材は5Mモニタです。

(5) 実施受託機関及び会場

公益財団法人東京都保健医療公社 東京都がん検診センター

〒183-0042 東京都府中市武蔵台2-9-2 （電話）042-327-0201

(6) 受講料

15,000円

* 受講決定者に対して、決定通知及び受講料納付書を送付いたします。

2 受講生候補者の推薦について

(1) 推薦期限

平成30年10月12日（金曜日）必着

(2) 推薦条件 (以下のすべてを満たす方を推薦してください。)

- ① 東京都内の医療機関に勤務している方
- ② 平成30年度に事業主や健康保険組合から就業者の検診を受託した検診機関及び医療機関 (以下「職域」という。) のマンモグラフィ検診に従事する又は従事する可能性がある方で、職域の検診事業において将来指導者の立場を担う熱意をお持ちの方 (現在、乳がん検診の精密検査実施機関にて従事されている場合も対象)
- ③ マンモグラフィの経験及び読影症例数が多い方
 - * 昨年度読影症例数が100件未満の方、研修医の方の推薦は御遠慮ください。
- ④ 本講習会の日から6か月以内に精中機構主催又は共催の同様の講習会を受けたことがない方
 - * 過去の講習会で、A又はB評価を受けた方の申込みはできません。
- ⑤ これまでに東京都が主催の同様の講習会を受けたことがない方
 - * 多くの方に受講していただく為、一度受講したことのある方の推薦は御遠慮ください。 (過年度において申し込まれた結果、選考の中で受講に至らなかった場合でも再度申し込いただけます。)

(3) 推薦方法

参加申込書の記載に漏れや誤りのないことを確認の上、優先順位を付けて、別紙受講生推薦書により、2名まで推薦してください。

また、推薦書の検診受託先機関の欄についても必ずご記入下さい。

3 受講生の決定について

提出書類をもとに東京都が受講生を決定し、11月16日(金曜日)以降に東京都がん検診センターから推薦者様宛に結果を通知いたしますので、受講生候補者全員に御連絡ください。(受講決定後、やむを得ない理由により辞退される場合、本人及び推薦者から辞退届けの提出が必須となりますのでご注意ください。)

4 その他

推薦書及び参加申込書に記載した個人情報、講習会開催の目的の範囲内において使用いたします。

本講習会修了者の内、評価試験の結果がA又はBの評価を取得された方については、区市町村や職域、都民に情報提供することを目的として、氏名及び所属機関名を、精中機構のホームページに掲載いたします。あらかじめ、ご了解いただきますようお願いいたします。万一不都合があります場合は、お申込みの際に下記担当まで御連絡下さい。

- * 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針について」(平成20年3月31日付健発第0331058号厚生労働省健康局長通知)及び「乳がん検診チェックリスト」(東京都がん検診の精度管理のための技術的管理指針)では、乳房エックス線写真の読影は、ダブルチェックを行うとされ、内一人は、マンモグラフィの読影に関する適切な研修を修了し、その評価試験の結果がA又はBであることとされています。

5 問い合わせ先及び提出先

公益財団法人東京都保健医療公社 東京都がん検診センター 担当：三上

〒183-0042 東京都府中市武蔵台2-9-2

TEL 042-3327-0201 FAX 042-327-0297

受講生推薦書(検診機関、医療機関作成)
平成30年度 第2回東京都マンモグラフィ読影講習会

◆検診機関名
医療機関名 _____

◆推薦者所属部署 _____

◆推薦者氏名 _____

(管理職又はそれに準ずる方を推薦者としてください)

◆〒 _____

◆住所 _____

◆Tel _____

◆Fax _____

		優先順位(1)	優先順位(2)
①	(ふりがな) 氏 名		
②	年 齢 (講習会当日現在)	()歳	()歳
③	性 別	男・女	男・女
④	診療科		
⑤	読影経験年数		
⑥	直近1年間の 読影症例数		

(貴施設)

平成29年度 検診者数(年間)	マンモグラフィ検診 読影医師数	左のうち、精中機構 A・B有資格医師数
名	名	名

(貴施設)

マンモグラフィ検診受託先機関名(実績)	
例	○△○△○△健康保険組合
1	
2	
3	
4	
5	

東京都がん検診センター 確認欄	
係長	担当者

