

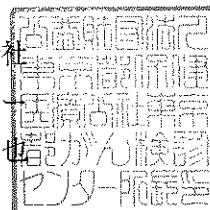
平成 30 年 10 月 3 日

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技術講習会
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。

なお、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診療放射線技師の撮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

マンモグラフィ撮影技師

(3) 受講資格

一定程度の経験・知識を有する診療放射線技師

(4) 実施日及び定員

①実施日 平成 31 年 2 月 2 日（土曜日）及び 3 日（日曜日）の 2 日間

②定員 50 名

* 両日、全講習を受講することが必要です。

(5) 実施委託機関及び会場

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

7,500 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11月5日(月曜日)

(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年度に専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

③マンモグラフィの経験及び撮影症例数が多い方

*撮影症例数が0又は少ない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。

(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ください。

推薦書・申込書は下記提出先に郵送又はFAXにてお送り下さい。

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ます。

受講生決定の通知は、平成30年12月14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通知しますので、受講生候補者全員に御連絡ください。

4 その他

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

また、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撮影を行う診療放射線技師は、マンモグラフィの撮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であることが望ましいとされています。

5 問い合わせ先及び申込提出先

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

電話番号 042-327-0201 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技術講習会

◆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 | 撮影経験年数 | | |
| ⑥ | 直近1年間の 撮影症例数 | | |

(貴施設)

| 平成29年度 検診者数(年間) | マンモグラフィ検診 撮影技師数 | 左のうち、精中機構 A・B有資格技師数 |
|--------------------|--------------------|------------------------|
| 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 |
| | |

参加申込書
(平成30年度 第2回東京都マンモグラフィ技術講習会)

平成31年2月2日(土曜日)・3日(日曜日)に東京都がん検診センターにおいて開催される標記講習会の参加を希望します。

| | | | |
|--|---------|-----|-------------|
| (ふりがな) | | 性別 | 年齢(講習会当日現在) |
| 氏名 | | 男・女 | 歳 |
| 連絡勤務先 | (名称) | | |
| | 診療科(所属) | 〒 | |
| | (住所) | | |
| | Tel | Fax | |
| 所属学会・団体(該当するものに○) | | | |
| ①日本乳癌検診学会 ②東京都医師会 ③日本乳癌学会 ④日本医学放射線学会 ⑤日本産科婦人科学会 ⑥日本放射線医学会) ⑦その他() | | | |
| 区市町村等でのマンモグラフィへの関与 | | | |
| ①区市町村及び職域において乳がん検診に従事 →開始時期 平成 年 月から 場所() | | | |
| ②区市町村及び職域において乳がん検診に従事する予定 →開始時期 平成 年 月から 場所() | | | |
| ③その他() | | | |
| 申込者の現在のマンモグラフィへの関与 | | | |
| ①一次検診のみ ②精密検査のみ ③一次検診・精密検査両方 ④関与なし | | | |
| 申込者のマンモグラフィの経験 | | | |
| 撮影経験年数()年 | | | |
| 直近1年間(平成29年10月頃から平成30年9月頃まで)の撮影症例数 約()症例 | | | |
| 過去にマンモグラフィ精度管理中央機構が主催・共催した講習会への参加 | | | |
| ①参加したことがある →直近に参加した講習会の開催年度・主催団体・受講地(都道府県)・評価をお書きください。 (記載例:H22 結核予防会主催(東京都) C評価) [] | | | |
| ②参加したことがない | | | |
| 平成28年度から平成29年度に開催された乳がん関係の学会への参加 | | | |
| ①参加したことがある [年度・学会名] | | | |
| ②参加したことがない | | | |