

平成30年度 東京都がん検診センター
マンモグラフィ研修会 ～読影補助編～
受講申請書

参加希望日に○をしてください。

() 第1回 平成30年5月11日(金) 13:55～17:30

() 第2回 平成30年5月18日(金) 13:55～17:30

ふりがな

氏名

性別

男 ・ 女

勤務先名称

郵便番号

〒 _____

住 所

電話番号

受講連絡先

(FAX)

* お申込みいただいた方全員に、受講の可否を FAX にてご連絡いたします。

マンモグラフィ経験年数
