

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4回 平成30年10月12日(金) 13:55～17:30

() 第5回 平成30年10月26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 _____