

東京都がん検診センター
個別研修希望調査書及び受講申請書

東京都がん検診センター所長 殿

ふりがな
氏名 _____ 男・女

勤務先名 _____

所属部署 _____ 職種 _____

所在地 _____ 都道府県 _____ 区市町村 _____

連絡先* Tel _____ 内線 _____

メール _____

※日中連絡が取れる連絡先・メールアドレスをご記入ください。

東京都がん検診センターが実施する個別研修課程 検査 科を
下記のとおり受講したいので申請いたします。

記

研修希望回数 _____ 回

(第5希望まで記入)

研修日時 _____ 月 日 () ・ _____ 月 日 () ・ _____ 月 日 ()
(希望日) _____ 月 日 () ・ _____ 月 日 () ・ _____ 月 日 ()

研修内容 乳腺超音波研修 について

受講料 _____ 円 (半日/3,000円)

1. 乳腺超音波検査 _____ 年
2. 研修希望内容
例) 乳房超音波検査全般、検査の仕方、病例の読み方等

※日程調整のため、何度かご連絡させていただくことがあります。
※togan@tokyo-hmt.jp を受信できるよう、メールの設定を行ってください。
※一旦お振込みいただいた受講料は返還できませんのでご注意ください。