

平成29年度 胃がん検診（胃内視鏡）従事者講習会のご案内

下記のとおり講習会を開催いたします。

準備の都合がございますので、受講をご希望の方は、別紙1にご記入の上、FAXにてお申込みください。

第1回、第2回は、同じ内容です。

記

日時：第1回 平成29年6月2日（木） 午後7時30分より

第2回 平成29年6月7日（水） 午後7時30分より

（受付は、午後7時より開始します）

場所：公益財団法人とくしま未来健康づくり機構（徳島県総合健診センター）

5階 大会議室

〒770-0042 徳島市蔵本町1丁目10-3

TEL：088-633-2266 FAX：088-633-1811

内容：胃がん検診（胃内視鏡）について

講師：徳島大学病院消化器内科助教	北村 晋志先生
（公財）とくしま未来健康づくり機構	青木 利佳先生
徳島県保健福祉部健康増進課	担当者

申込先：FAX 088-633-1811

申込〆切日：平成29年5月19日（金）

徳島県生活習慣病管理指導協議会胃がん部会

徳島県胃内視鏡検診運営委員会

委員長 高山 哲治

※胃がん検診（胃内視鏡）について、ご質問がありましたら別紙2にご記入の上 FAXにてお送りください。

質問も、5月19日までにお問い合わせいたします。

〈FAX 送信票〉

FAX 番号 **0 8 8 - 6 3 3 - 1 8 1 1**

送信先 公益財団法人 とくしま未来健康づくり機構 大久保 行

平成29年度 胃がん検診（胃内視鏡）従事者講習会 受講申込

(申込み締切日：5月19日)

貴施設名： _____

電話番号： _____

6 月 2 日 (金)	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 内視鏡技師 <input type="checkbox"/> その他 ()
	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 内視鏡技師 <input type="checkbox"/> その他 ()
	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 内視鏡技師 <input type="checkbox"/> その他 ()
	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 内視鏡技師 <input type="checkbox"/> その他 ()
6 月 7 日 (水)	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 内視鏡技師 <input type="checkbox"/> その他 ()
	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 内視鏡技師 <input type="checkbox"/> その他 ()
	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 内視鏡技師 <input type="checkbox"/> その他 ()
	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 内視鏡技師 <input type="checkbox"/> その他 ()

↑いずれかにチェック

〈FAX 送信票〉

別紙2

FAX 番号 **0 8 8 - 6 3 3 - 1 8 1 1**

送信先 公益財団法人 とくしま未来健康づくり機構 大久保 行

平成29年度 胃がん検診（胃内視鏡）従事者講習会 質問票

(締切日：5月19日)

貴施設名： _____

電話番号： _____

お名前： _____ 資格または職種 _____