|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **甲状腺超音波検査の検査者育成に関する「講習会」及び「実技研修（応用編）」**  **参加申込書（2019.7.21）**  公益財団法人　原子力安全研究協会　福島事務所　宛  〒960-8035　福島県福島市本町5-5 殖産銀行フコク生命ビル9階  **FAX：024-526-0632** | | | | | |
| 受講希望の項目に☑してください。 | □　講習会 | | | □　実技研修（応用編） | |
| （ふりがな）  氏　　名： | | | 年　　齢：　　　　歳  生年月日：　　　年　　月　　日 | | 性別：  ・男性  ・女性 |
| 所属機関： | | | | | |
| 部署： | | 役職・職種：  主な業務内容： | | | |
| 医籍登録番号（医師のみ）： | |
| 勤務先住所：（〒　　　－　　　　） | | | | | |
| 勤務先　電話番号：  　FAX 番号：  　　　　E-mail ： | | | | | |
| 既に下記の資格を取得されている方は、☑してください。  医師：□専門医（日本甲状腺学会、日本内分泌外科学会、日本甲状腺外科学会、日本超音波医学会（甲状腺、体表、総合）、日本内分泌学会（小児科））  技師：□日本超音波医学会認定超音波検査士（体表臓器） | | | | | |
| 甲状腺検査者育成に係る受講履歴　※受講日も可能な範囲で御回答ください。  　・講習会の受講回数 　　　　　回　（平成　　年　　月　　日）  　・講習会の受講回数 　　　　　回　（平成　　年　　月　　日）  　・実技研修の受講回数 　　　　　回　（平成　　年　　月　　日・基礎編／応用編）  ・実技研修の受講回数 　　　　　回　（平成　　年　　月　　日・基礎編／応用編） | | | | | |

・必要事項を御記入の上、FAXまたは郵送にてお送りください。申し込み締切日（令和元年7月11日（木））以降に、折り返し受講証を送信いたしますので、太線枠内（特にFAX番号）は可能な限り御記入ください。

・御記入いただいた個人情報は、環境省、福島県、福島県医師会及び県民健康管理センターによる福島県内における甲状腺検査に関する業務にのみ使用いたします。

※講習会・実技研修の受講状況、認定試験の受験状況及び資格更新の把握等を行うためデータベースへの登録を予定しております