平成２９年４月２１日

各　位

（公社）茨城県診療放射線技師会

会　長　　長谷川　光昭

平成29年度読影の補助に関する夜間基礎講習会（１）

チーム医療の実現の前提となる各医療スタッフの知識・技術の向上,複数の職種の連携に関する教育・啓発の推進等の取組の一環として,下記のとおり読影の補助に関する基礎講習会を実施いたします。　同一内容の講習会を２会場で開催します。申込に際して日時、会場を間違えないようお願いします。

　夜間基礎講習は軽食を用意するため，**事前参加登録**とします。

皆様のご参加をお待ちしております。

記

日時,場所：

|  |  |
| --- | --- |
| 平成２９年５月１７日（水）午後７時から午後８時３０分 | 平成２９年６月１３日（火）午後７時から午後８時３０分 |
| 茨城県立医療大学 講義棟 1階　中講義室阿見町阿見４６６９－２ | 日立総合病院1号棟　５階 会議室日立市城南町２－１－１ |

内　　容：「脳脊髄神経画像診断」

～外来患者の症状と、画像所見を対比してみると～

　　　　　 茨城県立医療大学付属病院　第二診療科長　中井 啓　先生

参 加 費：会　員　　　５００円

　　　　　非会員　１，０００円　　（学生は無料）

**参加登録**：**ＦＡＸ**または**メール**で，茨城県診療放射線技師会事務所へ医療大学会場は

5月11日(木)までに，日立総合病院会場は6月5日（月）までに申込下さい。メールで申込の際は，「読影の補助夜間基礎講習参加申込」のタイトルで，氏名，会員番号，所属，電話番号をお知らせください。

ＦＡＸ：０２９－２４４－６７６７

メール：mailbox@iart-web.org

主　　催：公益社団法人　茨城県診療放射線技師会　　　電話 029－243-6747

　　　 ※会員の方は，日本診療放射線技師会の生涯学習ポイントが付与されます。

※生涯学習ポイント申請の際に会員番号が必要になります。**会員番号の記載**をお忘れないようお願いいたします。

問合せ先：茨城県立医療大学付属病院 放射線技術科 村木一夫　電話：029-888-9213

読影の補助夜間基礎講習(１)参加申込

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先 | （公社）茨城県診療放射線技師会　行ＦＡＸ：０２９－２４４－６７６７ |

送付枚数：１枚（本書のみ）

内　容：「脳脊髄神経画像診断」

～外来患者の症状と、画像所見を対比してみると～

講　師：茨城県立医療大学付属病院　第二診療科長　中井　啓　先生

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

日時、場所をお間違えないように

上記講習会の参加を申し込みます。　　　（平成２９年　　　月　　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日時、場所 | 平成２９年５月１７日（水）午後７時から午後８時３０分 | 平成２９年６月１３日（火）午後７時から午後８時３０分 |
| 茨城県立医療大学 講義棟 1階　中講義室 | 日立総合病院1号棟　5階　会議室 |
| 氏　　名会員番号※会員の場合は会員番号を必ず記入願います | **氏名****会員番号（　　　　　　　　）**非会員 | **氏名****会員番号（　　　　　　　　）**非会員 |
| **氏名****会員番号（　　　　　　　　）**非会員 | **氏名****会員番号（　　　　　　　　）**非会員 |
| **氏名****会員番号（　　　　　　　　）**非会員 | **氏名****会員番号（　　　　　　　　）**非会員 |
| **氏名****会員番号（　　　　　　　　）**非会員 | **氏名****会員番号（　　　　　　　　）**非会員 |
| **氏名****会員番号（　　　　　　　　）**非会員 | **氏名****会員番号（　　　　　　　　）**非会員 |
| 所　　属 |  |
| 電話番号（連絡先） |  |