

(別紙様式)

相談表

ご相談者様の 所属・氏名	(所属) (氏名)
ご連絡先	(Email) (電話番号)
希望する回答方法	☐ 電子メール ☐ 電話 ☐ 携帯電話
相談件名	
内 容	

【連絡先】

- (1) 甲状腺検査者育成に係る講習会・実技研修、更新講習会・更新実技研修会、スキルアップ研修等
に関するご相談、お問い合わせ

公立大学法人福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター 甲状腺検査室

電話番号 024-581-5355 (9:00~12:00、13:00~17:00 (土日祝日・年末年始を除く))

FAX 024-581-5359

電子メール k-info@fmu.ac.jp 担当 我妻

- (2) 甲状腺超音波一次検査者資格認定試験及び認定資格者の更新認定手続きに関するご相談、お問い合わせ

一般社団法人福島県医師会 業務第二課

電話番号 024-522-5191(代) (9:00~12:00、13:00~17:00 (土日祝日・年末年始を除く))

FAX 024-521-3156

電子メール gyomu2@fukushima.med.or.jp 担当 緑川

※記載例

相談表

ご相談者様の 所属・氏名	(所属) 福島県立〇〇大学病院 〇〇科 (氏名) 看護師 甲野 太郎
ご連絡先	(Email) kouno_taro@fmu.ac.jp (電話番号・ <u>携帯番号</u>) 024-XXXX-XXXX <u>090-XXXX-XXXX</u>
希望する回答方法	☐ 電子メール ☐ 電話 ☐ 携帯電話 ※いずれかにチェックを入れるか、○印で選択してください。
相談件名	(例) 今年度の更新研修会の開催スケジュールについて
内 容	(例) 今年度の更新研修会の1年間の開催スケジュールを教えてください。

※FAX にて送信される際は、表紙の添付は必要ございません。