



2018.6.2(土)14:00-17:00(OPEN13:30-)

## 最新のデジタルマンモグラフィ情報と有用性の解説

この度、富士フィルムメディカルでは皆様の撮影業務のお力になるべく、セミナーを企画致しました。近年、マンモグラフィを取り巻く環境は大きく変化しており、従来のフィルム診断からモニター診断、さらに新たな撮影技術の検討・導入も始まっております。

この機会に是非ご参加いただき、皆様の知識、技術向上の一助となれば幸いと存じます。

会場

### パレスホテル立川 3F こぶしの間

東京都立川市曙町2-40-15

- 申込方法:参加ご希望の方は、裏面のFAX申込書でお申し込みください。



## PROGRAM

※演題につきましては変更される場合がございますので、予めご了承願います。

富士フィルムメディカル株式会社 製品紹介

14:10・14:25

講演1

デジタルマンモグラフィの運用とトモシンセシスについて

14:30・15:00

講師

**林 真己子** 先生

国立大学法人東京医科歯科大学医学部附属病院 放射線部 放射線技師

講演2

AMULET Innovalityの有用性と症例の解説

15:05・15:35

講師

**鴨 宣之** 先生

医療法人財団興和会右田病院 乳腺外科 部長

講演3

デジタルマンモグラフィ最新情報2018

15:50・16:40

講師

**遠藤 登喜子** 先生

独立行政法人 国立病院機構東名古屋病院  
放射線科診療部長 乳腺科診療医長

**FAX 042-538-0186**

**「富士フィルムメディカルセミナー2018 in 西東京」参加申込書  
(FAX お申込み専用)**

下記記載の「お客様個人情報のお取り扱いについて」にご同意の上、必要事項を記入しFAXにてお申し込みください。  
FAX到着後、3営業日内にご連絡させていただきます。

\*下記申し込み欄に、施設名・ご氏名・職種・連絡先をご記入ください。

開催日時	2018年6月2日(土) 14:00~17:00 (開場13:30~)			
場所	東京都立川市曙町2-40-15 パレスホテル立川 3F こぶしの間 TEL : 042-527-1111			
貴施設名				
ご氏名 1	フリガナ _____ 様	・ 医師	・ 技師	・ 他
ご氏名 2	フリガナ _____ 様	・ 医師	・ 技師	・ 他
ご氏名 3	フリガナ _____ 様	・ 医師	・ 技師	・ 他
	フリガナ _____ 様	・ 医師	・ 技師	・ 他
	フリガナ _____ 様	・ 医師	・ 技師	・ 他
ご連絡先	Tel ( _____ )	Fax ( _____ )	Mail ( _____ @ _____ )	

**お客様個人情報取り扱いについて**

富士フィルムメディカル株式会社  
個人情報保護管理者 経営推進本部 本部長  
TEL:03-6419-8020 FAX:03-5469-3425

弊社は、この度ご提供いただきましたお客様の個人情報を、以下の通りお取扱いいたします。

1. 利用目的  
弊社取扱商品のお客様へのご案内のために使用させていただきます。
2. 安全管理等  
上記利用目的のために必要な範囲内で正確・最新の内容を保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏えい等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じます。
3. 第三者への提供  
法令に定める場合を除いてお客様の承諾なしに第三者に提供いたしません。
4. 第三者への預託  
上記利用目的のために必要な範囲で弊社特約店等に預託することがあります。この場合、公共機関及び法令上守秘義務を負う公的資格者以外の預託先に対しては、弊社所定の守秘義務契約を締結するなどして適切な取扱い及び保護を行わせ、第三者への開示・提供、又は第1項の目的以外に利用することを禁止します。

5. 個人情報ご提供の任意性  
ご提供は任意ですが、ご提供いただけない場合は弊社取扱商品のお客様へのご案内ができません。  
6. 苦情、通知、開示・訂正・追加又は削除請求、利用の拒否  
お客様が弊社に対して苦情、通知、開示・訂正・追加又は削除請求、利用の拒否等をされる場合は、下記連絡先へのお電話、FAX及びE-mailにより承っております。その場合、弊社所有の個人情報をもとに、ご本人確認をさせていただきます。また、代理人からのご連絡の場合、委任状等をもって権限を確認させていただきます。

【個人情報社外相談窓口】  
富士フィルムメディカル株式会社 管理本部 総務グループ  
住所：東京都港区西麻布二丁目26番30号 富士フィルム西麻布ビル  
TEL：03-6419-8020 FAX：03-5469-3510  
e-mail：fms-privacy@fujifilm.com

【お問い合わせ先、お申し込み先】

**富士フィルムメディカル株式会社** 東京地区営業本部  
西東京営業所  
〒190-0004 東京都立川市柏町2-7-11  
TEL: 042-538-0180 FAX: 042-538-0186  
担当者：石沢 栄樹・林 大貴