

## 第6回 画像診断セミナー研修生募集要項

### 1 目的

放射線医学総合研究所 分子イメージング研究センターでは PET (Positron Emission Tomography) を中心とした画像医学関連分野の知識の醸成と PET を用いた病態解明、診断と治療評価、医薬品開発などへの有用性を広く理解していただくことを目的に画像診断セミナーを開催致します。

本セミナーは、(中) 日本核医学会認定医(専門医)資格更新制度に関する学術集会の認定および、核医学専門技師認定申請・更新のための研究会・研修会の認定を受けております。認定点数(単位)は以下の通りです。本セミナー受講により単位の認定を受けようとする方は、単位認定用の修了証を別途お渡ししますので、応募書類の該当箇所にご記入ください。

(中) 日本核医学会認定医(専門医)資格更新制度に関する学術集会 認定点数(単位)	3
核医学専門技師認定申請・更新のための研究会・研修会 認定点数(単位)	5

### 2 応募資格

下記の方々の応募をお待ちします。

1. 生物学、生化学、薬理学、化学、工学等のバックグラウンドを持ち画像診断技術に興味のある方、これから使ってみたい方、全体像を把握したい方
2. 医療機関(大学も含む)の研究者、技術者
3. 医療従事者

### 3 募集人員及び研修日時

- (1) 募集人員 15名  
(2) 研修日時 2日間 自 平成24年2月6日(月)  
至 平成24年2月7日(火)

### 4 実施場所

〒263-8555 千葉県千葉市稲毛区穴川4丁目9番1号  
独立行政法人 放射線医学総合研究所  
〔交通：JR 総武線稲毛駅(快速停車)より徒歩約15分〕

### 5 受講料

14,000円(消費税を含みます)

## 6 研修内容

別記 時間表のとおり

## 7 申込要領

研修を受けようとする方は所定の申込書【様式1】に必要な事項を記入のうえ、平成23年12月22日(木)(必着)までに、放射線医学総合研究所 研修棟 人材育成室あてに郵送して下さい。

## 8 受講決定及び受講者決定通知

申込締切後、応募者多数の場合には受講者および受講人数などを調整させていただくことがあります。申込についての結果は、平成23年1月上旬に所属長および本人に文書で通知します。なお、研修開始日の2週間前を経過後も通知文が届かない場合は問い合わせ先までご連絡下さい。

ただし、通知文発送後の参加申し込みの取り消しは、原則として認めませんのでご承知おき下さい。

## 9 修了証書の授与

セミナーの修了者には、修了証書をお渡しします

## 10 宿泊施設の利用

(1) 当研究所の研究交流施設(1人用の個室)が利用できます。宿泊を希望される方は、申込書にその旨ご記入下さい。ただし、部屋数に制限があり、ご利用いただけない場合がございますのでご了承下さい。

(2) 研究交流施設使用料は3500円、または3700円です。決定額は受講決定通知時にお知らせいたします。(前泊を含む2泊3日分、消費税を含みます。宿泊する棟の築年数により料金が異なります) なお、当施設は賄い付きではないため、食事は各自、職員食堂等を利用していただくこととなります。

## 11 問い合わせ先および申込書送付先

〒263-8555 千葉県稲毛区穴川4丁目9番1号

独立行政法人 放射線医学総合研究所 研修棟 人材育成室

TEL 043(206)3048 (ダイヤルイン)

FAX 043(251)7819

E-mail training@nirs.go.jp

ホームページ <http://www.nirs.go.jp>

研修内容詳細に関する問い合わせは下記にお願いいたします。

分子イメージング研究センター 運営企画ユニット

研究推進・運営室

TEL 043 (206) 4706 (ダイヤルイン)

FAX 043 (206) 4079

E-mail micro@nirs.go.jp

ホームページ <http://www.nirs.go.jp/research/division/mic/>

## 12 その他

- (1) 受講に必要な諸事項(受講料及び宿泊施設使用料の納入方法、開講式日程、宿泊施設の入居要領等)は、受講決定通知時にお知らせします。
- (2) 受講決定後でも、不適当な理由がある場合は、受講決定を取り消す場合があります。

### お申込における個人情報の取り扱いについて

お申込に際してご記入いただきました氏名、住所等の個人情報は、当所の個人情報保護規程に基づき厳重に取り扱い、下記の利用目的以外では一切使用致しません。

#### 1. 利用目的

- ① 受講生の勤務先への緊急連絡のため
- ② 講師への情報提供のため
- ③ 申込用紙にて「ご案内送付を希望する」に○をされた方にご案内を送付するため
- ④ その他研修業務の遂行のため

#### 2. 研修棟で取り扱う皆様の個人情報に関するお問い合わせ先

放射線医学総合研究所 研修棟 個人情報取扱管理担当

e-mail training@nirs.go.jp

Fax 043-251-7819

## 第6回画像診断セミナー—時間表

期間：平成24年02月06日(月)～02月07日(火)

実施：放射線医学総合研究所  
 研究基盤センター 運営企画ユニット 人材育成室  
 分子イメージング研究センター 運営企画ユニット

	I	II	III	IV	V	VI	VII
	9:30-9:50	9:50 - 10:25	10:25 - 11:10	11:15 - 12:00	13:00 - 14:00	14:05 - 15:15	15:20 - 16:20
		分子イメージング 研究概要	安全なPET分子ブ ローブ 製造技術	新規PETプローブ 開発の実際	PET計測の原理と 機器開発(PET他)	見学ツアー	PET(装置・薬剤)標準化
2月6日(月)	ガイダンス 開講式						放射線防護
	I	II	III	IV	V	VI	
	9:00 - 10:00	10:00 - 11:00	11:10 - 11:55	12:55 - 13:40	13:40 - 14:50	15:00 - 16:00	16:00～
2月7日(火)	【臨床】 腫瘍イメージング	精神・神経疾患イメージング 【臨床】	【臨床】 PET臨床データ 定量解析法	【臨床】 PET臨床研究の流れ	見学実習	トピックス 内照射療法	閉講式

注) 時間表は、若干の変更がある場合がございます。  
 購書及び実習は予定時間より延びることがありますので、あらかじめご了承ください。

第6回 画像診断セミナー 申込書

【様式1】

申込 年 月 日

(ふりがな) 申込者氏名	印		性別	この欄は記入しないで ください。		
			男・女			
生年月日	西暦 年 月 日生		年齢	受	NO.	判定
			満 才			
所 属 先	所属機関名	〒 _____ 電話( - - )				
	所在地					
結果通知送付先	宛 名	※通知が確実にお手元に届く宛名をお書き下さい。				
	住 所	〒 _____ 電話( - - )				
緊急時連絡先	電話( - - ) E-mailアドレス: _____ @					
職 歴 注(1)						
現在の職務内容						
受講理由 注(2)	(本人) (所属機関)					
放射線に関する 研修歴 注(3)						
資 格 等 注(4)						
認 定 証 (○印をつけて下さい) 注(5)	(中)日本核医学会認定医(専門医) 資格更新制度に関する学術集会 認 定 証		核医学専門技師認定申請・更新のための 研究会・研修会 認 定 証			
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
ご案内の送付 (○印をつけて下さい) 注(6)	今後、放射線医学総合研究所からのシンポジウムや講演会等のご案内を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない					
宿泊・通勤関係 (○印をつけて下さい)	a. 研究交流施設に入居を希望 b. 入居希望だが満室の場合はホテル等から通勤する c. 自宅・ホテル等から通勤する		申 込 履 歴			
			<input type="checkbox"/> あり 第 回 画像診断セミナー <input type="checkbox"/> なし			
上記の者の受講を申し込みます。			年 月 日			
所 属 機 関 注(7) 所 属 長 氏 名			印			

※記載にあたっては記載上の注意を参照のこと。【送付先】〒263-8555 千葉県稲毛区穴川4-9-1  
放射線医学総合研究所 研修棟 人材育成室  
電話(直通) 043-206-3048 FAX 043-251-7819  
e-mail training@nirs.go.jp

◎記載上の注意

- (1) は、RI 又は放射線に関する職歴についてあれば記入して下さい。  
(なければ記入しなくて結構です。)
- (2) は、本人としての理由、所属機関としての理由を記入して下さい。
- (3) は、放射線に関わる研修等関係の研修歴を記入して下さい。  
(なければ記入しなくて結構です。)
- (4) は、放射線に関わる資格等を記入して下さい。(なければ記入しなくて結構です。)
- (5) は、認定単位を必要とする者は必ず○をして下さい。
- (6) は、今後、放射線医学総合研究所から、シンポジウムや講演会等のご案内をお送りすることにご同意いただける方は、「希望する」に○をして下さい。
- (7) は、代表者のほか、申込者直属の部課長等でも結構です。  
その際は、○○部長、○○課長等の肩書きを「所属長」の行に記入して下さい。  
なお、無職の者又は所属機関等と関係なく受講希望する者は記入を要しません。