【様式1-1】

|  |
| --- |
|  専門医　脳波分野　（てんかん専門医移行措置）　〔　　　　　〕 |

申請番号

　　　　　　　　　　－この上の欄には記入しないで下さい－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

日本臨床神経生理学会　認定委員会　御中

　申請者所属機関　住所　〒

　　　　　　　　　名称および部署名

　申請者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

日本臨床神経生理学会専門医（脳波分野）てんかん専門医移行措置申請の件につき、所定の関係書類を添えて申請します。

チェックリスト

提出書類

□ 様式1-1：本書類

□ 様式1-2：日本臨床神経生理学会専門医（脳波分野）てんかん専門医移行措置申請書

□ 様式1-3：日本臨床神経生理学会専門医（脳波分野）てんかん専門医移行措置申請のための資格証明書

□ 様式1-4：学術大会参加証等のコピー

□ 様式1-5：波形と所見一覧リスト（波形と所見のレポートを提出する場合）

□ 様式1-6：波形レポートチェックリスト（波形と所見のレポートを提出する場合）

□ 取得資格（医師免許証）のコピー（A4サイズの用紙を使用すること）

□ てんかん専門医認定証のコピー（A4サイズの用紙を使用すること）

□ 審査料払込

会員歴が5年以上ある場合、下記のいずれか

□ 10年以内に掲載された脳波に関連する論文・著書（総説も可）等のうち3篇（うち1編は筆頭著者であることが望ましい）のタイトルページのコピー。（いずれもA4サイズの用紙を使用すること）

□ 最近5 年間に自分が実際に経験した「脳波の波形・所見のコピー」10例分（※参照）。

会員歴が5年に満たない場合、下記のいずれか

□ 10年以内に掲載された脳波に関連する論文・著書（総説も可）等のうち3篇（うち1編は筆頭著者であることが望ましい）のタイトルページのコピーA4サイズの用紙を使用すること)、および、最近5年間に自分が実際に経験した「脳波の波形・所見のコピー」10例分（※参照）。

□最近5 年間に自分が実際に経験した「脳波の波形・所見のコピー」50例分（※参照）。

※　脳波レポート、脳波波形は、PDFにて提出ください。PDFは、PDFビューアーで回転しなくても文字や波形が見えるように作成してください。脳波の波形に関しては大きく見えるように**横向きPDF**に統一して作成ください。　　　　【様式1-2】

**一般社団法人　日本臨床神経生理学会専門医（脳波分野）**

**てんかん専門医移行措置申請書**

Ⅰ．事務局記入欄（この欄には記入しないで下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| **専門医** | 分野 |
| 受験番号 |  |
| 申請受付年月日 |  |
| 申請料受領年月日 |  |
| 審査判定 |  |
| 審査結果発送年月日 |  |

Ⅱ. 現況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 顔写真貼付ｻｲｽﾞ：3㎝×4㎝白黒・ｶﾗｰとも（写真裏面に氏名記載） |
| 氏名の英文表記 | 該当するものを○で囲んで下さいMD 　PhD 　MD,PhD 　 Mr 　 Ms |
| 生年月日 | 19　　　　年　　　月　　　日 |
| E-mail |  |
| 連絡先 | 1. 勤務先　　　　2. 自宅 |
| 所属機関名称 部署名 |  |
| 所属機関住　　所 | 〒 |
| 電話 |  | FAX  |  |
| 自宅住所 | 〒 |
| 電話 |  | FAX |  |
| 最終学歴 | 出身大学（大学院）：　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　卒業 |
| 医師の資格 | 資格取得　　 　年　 　　月 　　　日 | 医籍登録番号 |
| 第　　　 　　　　号 |

Ⅲ. 臨床研修歴ならびに職歴（西暦を用いて記入すること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期　　　間 | 研修施設または所属機関名 | 専門領域ならびに職名 |
| 　　　　　　　　　　　年　　月 〜 現在 |  |  |

※ 脳波専門分野の従事に関する具体的な内容は、様式1-3に記載して下さい。

【様式1-3】

**一般社団法人　日本臨床神経生理学会専門医（脳波分野）**

**てんかん専門医移行措置申請のための資格証明書**

申請者および申請者が現に勤務している所属機関

　　所属機関の住所　〒

　　名称および部署名

　　申請者の氏名

上記の者は、脳波専門業務に５年間以上従事し、日本臨床神経生理学会認定の専門医（脳波分野）の取得申請において適切であると証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　証明する者の所属機関の名称

　　　　　　　　所属機関の住所　〒

　　　　　　　　職名

　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

|  |
| --- |
| 専門医　脳波分野　　　〔　　　　〕 |

　　　証明する者の認定番号

脳波専門業務に５年間以上従事した経験（具体的に記載）

【様式1-4】

**学術大会参加証等のコピー（この用紙に貼付すること）**

専門医（脳波分野）のてんかん専門医移行措置申請者は、下記のいずれかが必要です。

・本学会主催の学術大会あるいは技術講習会への参加が通算３回以上。

・本学会主催の学術大会での脳波に関係する演題の筆頭発表者としての発表１回以上

・本学会主催の脳波セミナー・アドバンスコース出席1回以上（講師参加でも可）。

・本学会学術大会での脳波に関連するシンポジウムのシンポジスト、本学会技術講習会・主催セミナー・関連講習会での脳波に関連する講師、あるいはそれに準じる業績1回以上（準じる業績としては、日本てんかん学会での上記と同等の業績も認める）。

参加証明とできるのは、参加者の名前が確認できる参加証、もしくは、筆頭演者であることを証明できる抄録のみです。

これらのコピーをこの用紙に貼付して下さい。

【様式1-5】

波形と所見一覧リスト

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ID | 年齢 | 性 | 診断 | 主な所見 |
| 例 | 1234567 | 　40 | F | 焦点てんかん | 右前頭側頭部の鋭波 (max F8) 1/5-10 page |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |

申請者