【様式2-1】

|  |
| --- |
| 認定技術師　術中脳脊髄モニタリング分野　〔　　　　　〕 |

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認定技術師（術中脳脊髄モニタリング分野）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2-1：本書類

□ 様式2-2：日本臨床神経生理学会認定技術師（術中脳脊髄モニタリング分野）移行措置申請書

□ 様式2-3：日本臨床神経生理学会認定技術師（術中脳脊髄モニタリング分野）移行措置申請のための資格証明書

□ 様式2-4：学術大会参加証等のコピー

□ 様式2-5：波形と所見一覧リスト

□ 取得資格（国家試験合格証明書、歯科医師の場合はその免許証）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術中脳脊髄モニタリングに関連する論文・著書等のうち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、PDFも作成）

□ 波形と所見のレポート：最近5年間に申請者自身が実際に経験した術中脳脊髄モニタリングの、波形と所見のレポート10件分。（いずれもA4サイズの用紙を使用すること、PDFも作成）

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モニタリングに関連する論文・著書等のうち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、および、最近5 年間に自分が実際に経験した「モニタリング記録等の波形・所見のコピー（認定医申請）、ないし、波形のコピー（認定技術師申請）」10例分。（A4サイズの用紙を使用すること、PDFも作成）

□最近5 年間に自分が実際に経験した「モニタリング記録等の波形・所見のコピー（認定医申請）、ないし、波形のコピー（認定技術師申請）」50例分。（いずれもA4サイズの用紙を使用すること、PDFも作成）

【様式2-2】

**一般社団法人　日本臨床神経生理学会認定技術師（術中脳脊髄モニタリング分野）**

**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）

|  |  |
| --- | --- |
| **認定技術師** | 術中脳脊髄モニタリング分野 |
| 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 | 出身校（専門学校、短大、大学、大学院）：　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　卒業 |
| 臨床検査技師・歯科医師・等の資格 | 臨床検査技師・歯科医師（該当する項目を○で囲んで下さい）その他の資格 　　　　　　　 　　　資格取得　　　　　　 年　 　 月　 日 | 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 |  |  |

※ 術中脳脊髄モニタリングへの従事に関する具体的な内容は、様式2-3に記載して下さい。

【様式2-3】

**一般社団法人　日本臨床神経生理学会認定技術師（術中脳脊髄モニタリング分野）**

**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、術中脳脊髄モニタリングに５年間以上従事し、日本臨床神経生理学会認定の認定技術師（術中脳脊髄モニタリング分野）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　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

（□ 術中脳脊髄モニタリング分野認定医・認定技術師、□ 所属機関または部署の責任者）

|  |
| --- |
| 認定医　術中脳脊髄モニタリング分野　　　〔　　　　〕 認定技術師　術中脳脊髄モニタリング分野　〔　　　　〕 |

　　　証明する者の認定番号

 （ある場合）

術中脳脊髄モニタリングに５年間以上従事した経験（具体的に記載）

【様式2-4】

**学術大会参加証等のコピー（この用紙に貼付すること）**

認定医・認定技術師（術中脳脊髄モニタリング分野）の移行措置申請者は、下記のいずれかが必要です。

・本学会主催の学術大会、技術講習会あるいは主催セミナー、ないし、脊髄機能診断研究会、日本脳神経モニタリング学会、日本脳脊髄術中モニタリング研究会への参加が通算３回以上（ただし、うち少なくとも1回は学術大会あるいは技術講習会への出席であること）。

・本学会主催の学術大会でのモニタリングに関係する演題の筆頭発表者としての発表１回以上

・本学会主催の術中脳脊髄モニタリングセミナー出席1回以上（講師参加でも可）。

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2-5】

波形と所見一覧リスト

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ID | 年齢 | 性 | 診断、術式 | モニタリング法、所見（TP,TN,FN,FPなど） |
| 例 | 1234567 | 　65 | M | 頸椎症性脊髄症、椎弓切除術 | MEPとSEP、TN（true negative） |
| 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