一般社団法人日本神経内視鏡学会主催講習会・講師助手申請書

一般社団法人日本神経内視鏡学会　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

理事長　木内　博之　殿

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　　り　　が　　な被推薦者氏名　　　　 |  |
| 日本脳神経外科学会専門医番号 |  | 日本神経内視鏡学会技術認定医番号 |  |
| 生　年　月　日 | 　　　年　　　月　　　日 | 性　　　別 | 男　・　女 |
| 勤務施設名 |  |
| 同所在地 | 〒電話（　　　）　　　－　　　　 |
| 現住所 | ※書類等の送付先を自宅に希望する場合のみご記入ください。〒電話（　　　）　　　－　　　　 |
| 希望部門※希望部門に○を付けてください。 | 　血腫　・　脊髄　 |
| （第2希望コース）　血腫　・　脊髄 |

※「希望部門」について、基本的には1部門のみ〇を付けてください。その他に担当可能コースがある場合は、第2希望についてもご記入ください。第2希望もご記入いただいた場合、第1、2希望の両コースの助手をお務めいただきますので予めご承知おきください。