

日本神経内視鏡学会認定講習会実施報告書
様式 1 号

神経内視鏡手術手技講習会実施報告書

平成 年 月 日

一般社団法人日本神経内視鏡学会理事長 殿

この度下記神経内視鏡手術手技講習会（ハンズオンセミナー）を開催しましたので、プログラムを添付した上で、実施内容を報告致します。

記

講習会名称： _____

主催者：所属 _____

役職 _____

氏名 _____ (印)

日時： _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日
合計 時間

場所： _____

人数： _____ 人（見学のみ _____ 人）（実数）

使用機器：硬性鏡 有 ・ 無

メーカー： _____ セット

_____ セット

_____ セット

_____ セット

軟性鏡 有 ・ 無

メーカー： _____ セット

_____ セット

_____ セット

_____ セット

講習会内容：内視鏡の基本的扱い方	有	・	無
止血操作	有	・	無
モデル使用	有	・	無
脳室内観察モデル	有	・	無
ハーディーモデル	有	・	無
出血モデル	有	・	無
血腫モデル（ゼリー等）	有	・	無
その他（ ）	有	・	無
Cadaver 使用	有	・	無

コース：脳室内視鏡コース	有	・	無
下垂体コース	有	・	無
血腫・顕微鏡支援コース	有	・	無
その他（ ）	有	・	無

講師：

所属	氏名	技術認定医番号	技術認定制度委員

以上

委員会		
受付日時	受付番号	審査結果
※	※	※

※印の箇所は委員会記入