

日本神経内視鏡学会認定講習会 内容の届け出について

貴施設が行う神経内視鏡講習会(ハンズオン、ワークショップ)を、神経内視鏡技術認定制度認定医審査の条件を満たすための講習会として登録していただくための届け出です。

詳細は、神経内視鏡手術手技講習会ガイドラインをお読みください。

この届け出は、貴施設が行う講習会を否定するものではなく、認定医申請の元となる客観的資料の一つとするためのものです。

講習会を開催する以前に提出した場合には、募集案内などに、「日本神経内視鏡学会届け出済み」と記載されて結構です。また、参加人数は予定数として、開催後に実数をお知らせ下さい。

講習会を開催した後に提出されても結構ですが、この場合は、参加人数は実数を記載下さい。

ご提出・お問い合わせ先:

学会事務局

〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110

山梨大学医学部脳神経外科内

一般社団法人日本神経内視鏡学会事務局 宛

TEL: 055-273-0101 / FAX: 055-274-2468

Email: jsne-adm@umin.ac.jp

日本神経内視鏡学会認定講習会届出書

様式1号

神経内視鏡手術手技講習会届出書

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）を開催するにあたり、届け出いたします。

記

講習会名称： _____

主催者：所属 _____
 役職 _____
 氏名 _____ ⑩

日時： _____年 _____月 _____日 ～ _____年 _____月 _____日

場所： _____

人数： _____人（見学のみのみ _____人）（予定、実数）

公募： _____ 有 ・ 無

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

予定講師：

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