

技術認定申請書・履歴書

年 月 日

一般社団法人日本神経内視鏡学会理事長 殿

日本神経内視鏡学会の技術認定を受けたく、
審査料を添えて申請します。

ふりがな 申請者氏名	印		
日本脳神経外科学会 専門医番号			
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	※認定証の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 () -		
メールアドレス	@		
医師免許証	第 号	年 月 日	登録
出身校・卒業年			年

審査料
※

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

学会参加履歴

学会	実施年月	場所
日本神経内視鏡学会 (第 回 ~ 第 回,)	年~ 年	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	

講習会参加履歴

講習会	実施年月	場所
一般社団法人日本神経内視鏡学会主催講習会 (日本神経内視鏡学会技術認定制度委員会 主催講習会) (第 回, 第 回,)	年, 年	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	

指導者の推薦状

ふりがな

申請者氏名

印

上記の者は、神経内視鏡の構造、操作、セットアップ、基本的手術手技、合併症対策等を習得し、20例以上の手術経験も重ね、日本神経内視鏡学会技術認定医にふさわしい技量を身につけていることを、ここに証します。

年 月 日

所 属・ 職 :

技術認定医番号 :

氏 名 :

印