

# 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  
理事長 木内 博之 殿

年 月 日

|                             |   |                      |       |
|-----------------------------|---|----------------------|-------|
| ふりがな<br>被推薦者氏名              | 印   |                      |       |
| 日本脳神経外科学会<br>専門医番号          |   | 日本神経内視鏡学会<br>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                     | 〒<br><br>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。<br>〒<br><br>電話 (      )      - |                      |       |
| 希 望 部 門<br>※希望部門に○を付けてください。 | 血腫 ・ 脊髄<br><br>(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○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。