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（　　　）　　　－ | | | | | | | |
| メールアドレス | ＠ | | | | | | | |
| 希望部門  ※希望部門に○を付けてください。 | 脳室内　　・　　血腫　　・　　下垂体　　・　　脊髄 | | | | | | | |
| （第2希望コース）　脳室内　・　血腫　・　下垂体　・　脊髄 | | | | | | | |
| 内視鏡手術  経験症例数 | 脳室内 | 血腫 | 下垂体 | | 脊髄 | その他 | | 合計 |
|  |  |  | |  |  | |  |

**※過去5年間の症例数をご記入ください。**

※「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。