

# 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 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	脳室内 ・ 血腫 ・ 下垂体 ・ 脊髄					
※希望部門に○を付けてください。	(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○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。