**日本脳卒中の外科学会　技術認定医審査 　　　　　　　　様式1-1(2019)**

**技術認定医 認定申請書**

**申請日　　　　年　　月　　日**

**ふりがな：**

**氏名（自署）：**

**性別：　　　　年齢：**

**生年月日：　西暦　　　　年　　　　月　　　　日**

**現住所：　郵便番号**

**日本脳神経外科学会 専門医番号**

**同取得年（西暦）　　　　　 　　　　　　　年**

**日本脳神経外科学会　会員番号**

**所属施設名：**

**所属科名：**

**所属住所：郵便番号　　　　　　　　　　　都道府県名**

**所属電話番号：**

**所属FAX番号：**

**E-mail：**

**郵便物送付先：　所属施設　　自宅　（希望項目に丸をつけてください）**

**（次ページに続く）**

**過去2年間で１回以上の技術認定医教育セミナーへの参会**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催年 | 開催学術集会（学術集会時でない場合は空欄） | 都市名 |
| 　　　　年 |  |  |

**過去5年間で１回以上の技術認定医・指導医講習会（CEP）への参会**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催年 | 開催学術集会（学術集会時でない場合は空欄） | 都市名 |
| 　　　　年 |  |  |

**「手術目録」と「手術ビデオ」の申請方法**（該当するほうをチェック）

※[新制度]と[旧制度]の要件の違いは要綱をご参照下さい。

□　新制度を利用

□　旧制度を利用