**日本脳卒中の外科学会　技術認定医審査 　　　　　　 　　　様式1-2**

**履　歴　書**

**申請者氏名：**

**学歴（大学入学以降より）：**

**職歴：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年****（yyyy）** | **月** | **日** | **所属施設** | **所属部署** | **（※1）の立場に該当する場合チェックを入れて下さい。** |
|  |  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  |  | **□** |

**（※１）教授や部長、その他それに準じる立場（施設における脳卒中の直達手術担当者のうち最上位者）**