**日本脳卒中の外科学会　技術認定医　　 　　　　　　　　　　　様式3-5**

**技術認定医 更新手続き延長申請書**

**申請日　　　　年　　月　　日**

**● 更新手続きの延長を希望する理由と期間**

**※更新期間と更新延長期間の症例を累積してカウント可能。但し、学会参加歴の累積カウントは認めない。**

**※期間は年単位で記入。原則1年とするが、1～5を理由とする場合は最長4年間まで申請可能。**

[ ]  **1.海外留学または海外勤務　（延長 年間）**

[ ]  **2.妊娠・出産・育児（延長 年間）**[ ]  **3.介護　　　　（延長 年間）**

[ ]  **4.病気療養　　　　（延長 年間)** [ ]  **5.災害被災　　（延長 年間）**

[ ]  **6.症例件数の不足等（延長 1 年間\*）** [ ]  **7.その他　　　（延長 1 年間）**

 **\*1年間の延長で必要症例数に満たない場合は、翌年に改めて延長申請を行うこと。最大4回まで申請可能。**

**● 状況のご説明と今後の見通し（差し支えない範囲でご記入ください。）**

**ふりがな：**

**氏名（自署）：**

**技術認定医　認定番号：ＳＱ　　　　　 ―**

**性別：　　　　年齢：　　　　　生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日**

**現住所：　郵便番号**

**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：**

**技術認定委員会や事務局からのご連絡は、原則会員ページご登録先へお送りいたします。変更のある方は会員ページ登録情報を更新して下さい。**