**様式1-1(2024)**

**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：〒**

**日本脳神経外科学会 専門医番号:　　 　 同取得年（西暦）:　 　　年**

**所属施設名：**

**所属科名：　　　　　　　　　　　　電話番号：**

**所属住所：〒　　　　 　都道府県名**

**市区町村・番地**

**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ください。**

**● 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** |  |  |

**※ 2022年9月開催の回以降が対象です。**

**※ COVID-19の特例により、未受講で申請される方（既に受講希望申込み済の場合に限る）は空欄としてください。**

**● 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** |  |  |

**※ 2019年秋（11/15～12/20）開催のeLearning以降が対象です。**

**※ 開催年等が不明の場合は【会員ページ】よりご確認ください。**

**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）**

**様式1-3**

**学 術 発 表 目 録**

**日本脳卒中の外科学会学術集会（日本脳卒中学会、SAH/スパズム・シンポジウムを含む）において、申請前5年間に脳卒中の外科に関連する学術発表を筆頭演者として1演題以上行なっていること。**

**※ STROKE2020以降の発表が対象となります。本人氏名にアンダーラインを付してください。**

**(１)演者名:**

**演題名:**

**発表学会名、年:**

**２ 演者名:**

**演題名:**

**発表学会名、年:**

**３ 演者名:**

**演題名:**

**発表学会名、年:**

**４ 演者名:**

**演題名:**

**発表学会名、年:**

**５ 演者名:**

**演題名:**

**発表学会名、年:**

**（記載は多くとも5演題までとしてください。）**