**様式2-1(2025)**

**技術指導医 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** | **都市名** |
| **年** |  |  |

**※ STROKE2020でのオンデマンド開催（2020/9/2～9/24）以降が対象です。**

**※ 技術認定医申請の際に有効期限内の原本をご提出済の方は受講証明書の提出は不要です。**

**※ 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。**

**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）**

**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10年間に脳卒中の外科に関連する学術発表（共同演者を含む）を3回以上行っていること。**

**※ STROKE2016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。**

**※ 対象学会以外は記載しないでください。**

**(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。）**

**学 術 論 文 目 録**

**脳卒中に関する査読を経た原著論文を3編以上発表掲載していること。**

**※ 1編は筆頭著者であることが必要です。**

**※ 本人氏名にアンダーラインを付してください。**

**※ 対象となる論文については要綱のII申請資格６.[註6-2]」 P.3をご確認ください。**

**(１)著者名:**

**論文名:**

**誌名、巻、頁、年:**

**(２)著者名:**

**論文名:**

**誌名、巻、頁、年:**

**(３)著者名:**

**論文名:**

**誌名、巻、頁、年:**

**４　著者名:**

**論文名：**

**誌名、巻、頁、年：**

**５　著者名:**

**論文名:**

**誌名、巻、頁、年:**

**（記載は多くとも5編までとして下さい。）**