一般社団法人日本神経病理学会指導医申請書

受付日： 年 月 日

指導医登録番号：

**※太枠の中をご記入下さい**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 | | 印 | | | | | | 性別 | 男 | • | 女 |
| 生年月日 | | 西暦 | 年 月 | 日 | | |  | 年齢 |  | | |
| 所  属 | 名称  (部署まで) |  | | | | | | 職名 |  | | |
| 連絡先 | 所属住所 | 〒 | | | | | | | | | |
| TEL |  | | | FAX | | |  | | | |
| E-mail |  | | | | | | | | | |
| 出身大学 | |  | 大学 医学部 | / 西暦 | | | 年卒 | | |  |  |
| 医師免許登録 | | 第 | 号 |  | | 西暦 | 年 月 | | |  | 日 |
| 職歴・資格 | | 死体解剖資格 | 有（登録番号 | ）・無 | | |  | | |  |  |
| 所属学会・役職など | |  | | | | | | | | | |
| 神経病理学会  会員歴 | | 入会 西暦 | 年 月 |  | | | 非会員・会員・代議員・理 事 | | |  |  |
| 神経病理学の教育歴 | |  | | | | | | | | | |
| 業績  最近 5 年間の神  経病理に関する学会（講演会を  含む）での筆頭発表が 3 編以上および論文発表  （共著者でも可）が 5 編以上 | | 学会発表（申請者にアンダーラインを入れてください） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
|  | |
| 論文（申請者にアンダーラインを入れてください） | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 神経病理認定医資格の特別移行措置 | | 希望する 希望しない |