

5.一般社団法人日本神経病理学会
神経病理認定医教育施設、准教育施設設調査書、研修カリキュラム申請書

_____年 _____月 _____日 提出

新規申請 更新申請 区分変更申請

申請する施設区分 教育施設 准教育施設

医療施設名(カナ)

(漢字)

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

指導管理責任者 (神経病理学会代議員 1名)※教育施設、准教育施設は常勤の指導医とする。

氏名 _____ 所属・役職 _____ E-mail _____

I. 神経病理教育指導者とスタッフの現状(教育指導が可能な医師、技術員)

診療科・部門 神経病理 病理 神経内科 脳神経外科 精神科 小児神経科
 その他(具体的に _____)

指導医(日本神経病理学会評議員あるいはこれに準ずる代表者)およびスタッフの現状

	氏名	所属・役職	常勤/非常勤	他学会の専門医・指導医・屍体解剖資格
1			常勤/非常勤	
2			常勤/非常勤	
3			常勤/非常勤	
4			常勤/非常勤	

II. 施設の概要

1. 施設分類(該当項目をチェック)

(1) 病院 医学部(医科大学)附属病院: 国立大学法人 公立大学(法人) 私立大学
医学部以外の大学附属病院: 歯学部 保健学部・医療関係の大学 その他
大学病院以外: 国立病院 国立病院機構 公立病院
 公的病院(日赤, 済生会, 厚生連など) 民間病院

(2) 研究施設 (_____)

III. 神経病理の実績 * 2017年1月1日より12月31日までの1年間

A. 1年間の剖検数

総剖検数 (_____)例/年、総剖検数中の神経疾患剖検数(_____)例/年

B. 1年間の脳・脊髄の外科病理診断数

外科病理 (_____)例/年

C. 1年間の筋生検・末梢神経生検診断数

筋生検 (_____)例/年、末梢神経生検 (_____)例/年

IV. 研修カリキュラム

施設単独での認定医養成の研修カリキュラムがある(1. に記載)

他の施設と連携で行う研修カリキュラムがある(2. に記載)

1. 単一施設での研修カリキュラム

剖検 研修可能症例数()例/年

外科病理 研修可能症例数()例/年

筋生検・末梢神経生検 研修可能症例数()例/年

2. 複合型研修カリキュラム

(1) 代表施設名 _____

代表指導管理責任者 氏名 _____ 所属・役職 _____

(2) 連携施設名 _____

指導医 氏名 _____ 所属・役職 _____ 神経病理学会員の有無 会員 非会員

担当領域 剖検 外科病理 筋生検・末梢神経生検

1年間の実績()例/年, 研修可能症例数()例/年

(3) 連携施設名 _____

指導医 氏名 _____ 所属・役職 _____ 神経病理学会員の有無 会員 非会員

担当領域 剖検 外科病理 筋生検・末梢神経生検

1年間の実績()例/年, 研修可能症例数()例/年

(4) 連携施設名 _____

指導医 氏名 _____ 所属・役職 _____ 神経病理学会員の有無 会員 非会員

担当領域 剖検 外科病理 筋生検・末梢神経生検

1年間の実績()例/年, 研修可能症例数()例/年

(5) 連携施設名 _____

指導医 氏名 _____ 所属・役職 _____ 神経病理学会員の有無 会員 非会員

担当領域 剖検 外科病理 筋生検・末梢神経生検

1年間の実績()例/年, 研修可能症例数()例/年

不足する場合は追加してください。

(6) 複合型研修カリキュラムにより十分な研修が行える理由

4. 1年間に研修受入可能な人数とその身分

人数()例/年 身分() (大学院生、後期研修医など)