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 |