|  |  |
| --- | --- |
| **「日本脳神経減圧術学会　認定医師」　登録申請書** | 事務局受付No. |
|  |

※太枠の欄を全てご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | | |
| 申請者 | 所属先 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | |
| 所属先住所  （都道府県名も記載） | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | |
| 氏名  （自署あるいは押印） | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | アイコン  自動的に生成された説明 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | |
| e-mail | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 事務局  チェック欄 |
| **1.認定医師の定義** |  |
| 脳神経減圧術に関する専門的な知識と手技を有し，満足する結果を患者に与える適切な治療を行える医師 |  |
| **2.登録の要件：**運営委員の履歴がある医師は下記のB・Ｃ・Dの提出および記載は不要です |  |
| 1. 日本脳神経外科学会専門医，および本学会の会員（年会費を全納）であること   ［専門医番号：　　　　　　　］ |  |
| **B.**直近5年の本学会の学術集会に3回以上参加していること  脳神経外科学会ホームページの「会員専用ページ」から「マイページ」の「過去のクレジット」を開いて，年度をクリックした画面で表示される本学会の学術集会の参加履歴を印刷して添付してください． |  |
| **C.**本学会の学術集会で筆頭演者として2回以上発表していること   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **①発表年** | 0000年 | **［演題名］** | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | **②発表年** | 0000年 | **［演題名］** | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | |  |
| **D.** 脳神経減圧術5例について適正な手術の判断と結果があること   * + 減圧操作を含めた手術の主要部分を申請者が執刀した症例が対象となります．   + 三叉神経痛，顔面痙攣それぞれ1例以上を含んで下さい   + 減圧前，および減圧後の術中所見のスケッチを含む手術記録を添付して下さい．所属施設の書式で構いません（個人情報はマスキングしてください）．＃1〜＃5の通し番号を付記ください．   + 脳神経減圧術学会が推奨する評価方法（下記参照）での術後成績結果および判定日を下表に記載ください．     - 近藤明悳，他：脳神経減圧術の治療成績・結果の標準化法についての提案．脳神経外科ジャーナル19:691-695, 2010     - Kondo A, et al: A proposal for standardized analysis of the results of MVD for trigeminal neuralgia and hemifacial spasm. Acta Neurochirurgica (Wien)154(5):773-8,2012 | |

提出症例リスト

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 疾患名と手術日（西暦） | 術後成績と判定日（西暦） | | 運営委員チェック欄 |
| #1.  (　　　　年　　月　　日) | 効果 (E) 0 1 2 3  合併症 (C) 0 1 2  合計 (T) 0 1 2 3 4 5 | 年　　月　　日 | 適　　不適 |
| #2.  (　　　　年　　月　　日) | 効果 (E) 0 1 2 3  合併症 (C) 0 1 2  合計 (T) 0 1 2 3 4 5 | 年　　月　　日 | 適　　不適 |
| #3.  (　　　　年　　月　　日) | 効果 (E) 0 1 2 3  合併症 (C) 0 1 2  合計 (T) 0 1 2 3 4 5 | 年　　月　　日 | 適　　不適 |
| #4.  (　　　　年　　月　　日) | 効果 (E) 0 1 2 3  合併症 (C) 0 1 2  合計 (T) 0 1 2 3 4 5 | 年　　月　　日 | 適　　不適 |
| #5.  (　　　　年　　月　　日) | 効果 (E) 0 1 2 3  合併症 (C) 0 1 2  合計 (T) 0 1 2 3 4 5 | 年　　月　　日 | 適　　不適 |

上記の手術実績を代表して承認する施設責任者（申請者本人が施設責任者の場合は記入不要です）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承認日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | | |
| 承認者 | 所属先・職名 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | |
| 氏名  （自署あるいは押印） | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | アイコン  自動的に生成された説明 |

|  |
| --- |
| **1.付記** |
| 1. 本申請書，学術集会参加履歴，手術記録を下記の事務局分室まで簡易書留にて郵送下さい．   〒310-0004 水戸市青柳町4028 水戸ブレインハートセンター内　日本脳神経減圧術学会事務局分室 |
| 1. 下記の口座に審査料1万円を振込手数料ご負担の上で送金ください．   埼玉りそな銀行　越生毛呂山（オゴセモロヤマ）支店　店番589 普通預金　口座番号　４７５６０１３  口座名義：一般社団法人　日本脳神経減圧術学会  （依頼名はフルネームで入力ください．所属名で送金いただくと申請者を特定できません） |
| 1. 手術記録や術後成績に不適正な内容があった場合，修正や提出症例の変更を依頼することがあります．なお，申請に不正があった場合，本学会から処分を受けることがありますのでご留意ください． |
| 1. 受付は随時行いますが，学術集会の4ヵ月前までの申請を学術集会時の運営委員会にて審査します．結果はe-mailにて通知します． |
| 1. 審査通過後の登録料は5千円です．送金確認後に登録証を発行し，本学会のホームページに「認定医師」として所属と氏名を掲載します（所属の変更は学会ホームページのメールフォームから連絡下さい）． |
| 1. 登録期間は5年間です．登録の要件2-B（直近5年の学術集会に3回以上参加）を満たし，更新の希望があった場合，更新料3千円の送金確認後に新たな登録証を発行します．なお，要件2-Bを満たせなかった場合は登録を失いますが，再び要件2-Bを満たせば（その際に要件2-Cと2-Dの再提出は不要），希望に応じて登録を再取得できます |

以上