

施設認定更新申請書

一般社団法人日本脳神経外科学会
日本 Awake Surgery 学会

理事長 殿
会長 殿

覚醒下脳手術に係る施設認定を受けたく、
再認定の審査料を添えて申請します。

ふりがな 施設名	
申請者	印) 日本麻酔科学会 認定施設番号
脳神経外科専門医	日本脳神経外科学会 専門医番号
脳神経外科専門医	日本脳神経外科学会 専門医番号
麻酔科学会専門医	日本麻酔科学会 専門医番号
・学術集会 ・講習会参加履歴 (証明書類添付) ・経験手術数	(脳神経外科医氏名：) 参加学術集会：【 】【 】 参加講習会：【 】【 】 覚醒下脳手術経験数：【 】
	(脳神経外科医氏名：) 参加学術集会：【 】【 】 参加講習会：【 】【 】 覚醒下脳手術経験数：【 】
	(麻酔科医氏名：) 参加学術集会：【 】【 】 参加講習会：【 】【 】 覚醒下脳手術経験数：【 】
頭蓋内腫瘍 摘出術年間 手術件数	*診療報酬点数表 K169 に該当する頭蓋内腫瘍摘出術手術件数 (過去3年間) 平成__年度 (件)、平成__年度 (件)、平成__年度 (件)
申請種別	継続申請
覚醒下脳手術実施における、日本 Awake Surgery 学会作成ガイドラインに準拠した手術を行うことへの同意。	<input type="checkbox"/> 同意します。

審査料
※

委員会		
受付日時	受付番号	審査結果
※	※	※

※印の箇所は委員会記入