

【 覚醒下脳手術施設認定制度 認定申請方法】

一般社団法人日本脳神経外科学会・日本 Awake Surgery 学会が定める覚醒下脳手術施設認定制度指針および施行細則に記載された申請資格を満たし、同施設認定に申請する施設は、認定制度指針および施行規則を熟読の上、ご申請ください。

a. 手術実績一覧（様式第2号）

これまでに申請施設で行われた覚醒下脳手術の全数と代表症例5例について記載する。
手術の概要については、行ったモニタリング・マッピングの種類とその結果も記載する。

b. 学術集会参加証明証および講習会修了証（写）

様式第1号に記載された2名以上の脳神経外科医および麻酔科専門医について、5年以内に2回以上の本学会学術集会参加証明書類および講習会修了証の写を添付すること。

c. 従事する医師の履歴書

決められた様式、書式等はございません。

d. 審査料の振込先（審査手数料：100,000円・継続100,000円）

口座名 「日本 AWAKE SURGERY 学会 事務局 佐藤慎哉」

銀行名 山形銀行 大学病院前支店（支店番号118）

口座番号 普通預金口座 575542

*振込用紙には、施設名を明記してください。

*振込手数料は、申請施設でご負担いただきますようお願いいたします。

*受領証またはお客様控え等のコピーを申請書とともにお送りください。

e. 申請書等送付先（郵便簡易書留でご郵送ください。）

〒990-9585 山形県山形市飯田西2-2-2

山形大学医学部脳神経外科学講座内

日本 AWAKE SURGERY 学会事務局

覚醒下脳手術施設認定制度申請係 宛

TEL: 023-628-5349 FAX: 023-628-5351

手術実績一覧

施設名：

覚醒下脳手術実施件数(全数)：

1	診断名				手術日	年	月	日
	患者年齢	歳	性別	男・女	WHO grade			
	病変部位	病変部位： 右 / 左 どちらかに○を付けてください。			覚醒時間	時間	分	
	術者				助手			
	麻酔科医							
	手術名							
	モニタリング・マッピングの種類							
	(手術概要)							

2	診断名				手術日	年	月	日
	患者年齢	歳	性別	男・女	WHO grade			
	病変部位	病変部位： 右 / 左 どちらかに○を付けてください。			覚醒時間	時間	分	
	術者				助手			
	麻酔科医							
	手術名							
	モニタリング・マッピングの種類							
	(手術概要)							

手術実績一覧

施設名：

3	診断名				手術日	年 月 日		
	患者年齢	歳	性別	男・女	WHO grade			
	病変部位	病変部位： 右 / 左 どちらかに○を付けてください。			覚醒時間	時間 分		
	術者				助手			
	麻酔科医							
	手術名							
	モニタリング・マッピングの種類							
	(手術概要)							

4	診断名				手術日	年 月 日		
	患者年齢	歳	性別	男・女	WHO grade			
	病変部位	病変部位： 右 / 左 どちらかに○を付けてください。			覚醒時間	時間 分		
	術者				助手			
	麻酔科医							
	手術名							
	モニタリング・マッピングの種類							
	(手術概要)							

手術実績一覧

施設名： _____

5	診断名				手術日	年	月	日
	患者年齢	歳	性別	男・女	WHO grade			
	病変部位	病変部位： 右 / 左 どちらかに○を付けてください。			覚醒時間	時間 分		
	術者				助手			
	麻酔科医							
	手術名							
	モニタリング・マッピングの種類							
	(手術概要)							

*施設として、本手術に関して特にアピールしたい事項があれば、以下に記載してください。