

【 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. 審査料の振込先（審査手数料：初回100,000円・継続100,000円）

銀行名 北陸銀行

支店名 小立野（コダツノ）支店

普通

口座番号 6079843

口座名義 日本 Awake Surgery 学会 事務局

（二ホンアウエイクサージェリイガツカイ ジムキョク）

*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。

d. 当該医師の履歴書

e. 申請書等送付先（郵便簡易書留でご郵送ください。）

〒920-8641 金沢市宝町13-1

金沢大学脳神経外科 医局内

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 : 076-265-2383 FAX : 076-234-4262

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。

--