

講習会受講申請書

ふりがな		写真（3x4cm、上半身、無修正、正面向き、脱帽、3ヶ月以内に撮影）
氏名		
性別		
年齢		
医籍登録番号		
所属学会	日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会	
取得専門医資格	脳神経外科専門医、日本脳卒中学会専門医、日本神経学会専門医	
所属施設名		
診療科		
所属施設の住所		
E-mail		
緊急連絡（携帯）		
郵便物送付先	〒	

以下はできれば回答

最も近い血管内再開通療法 実施施設名	
緊急自動車での所要時間	

上記が正確であることを確認し、受講を申請します。

_____年 _____月 _____日

氏名（自著） _____

承諾書

以下を了承し遵守します。

- 適応を遵守し、標準的手技による機械的血栓回収療法を実施すること
- 施設倫理委員会または病院長の承認を得て、診療実績を報告すること
- 異動や医療機関の整備により、緊急自動車によって1時間以内に、血管内再開通療法の実施医療機関への搬送が可能になった場合は、本教育システムに基づいて本療法を実施しないこと

_____年 _____月 _____日

氏名（自著） _____