一般社団法人 日本脳神経外科学会

**生涯教育クレジット対象学会申請書**

平成　　　年　　　月　　　日

生涯教育委員会委員長　殿

　本会は、（一社）日本脳神経外科学会 生涯教育クレジット対象学会・研究会認定要件を満たすものとおもわれますので、以下のとおり申請いたします。

代表　　　　　　　　　　　　　　印　　（専門医番号　　 　）

1. 名称およびフリガナ：
2. 事務局（施設名）：

住所：〒

連絡担当者：

電話：　　　　　　　　　　（内線：　　　　）FAX：

E-mail：

1. 申請の理由

1. 会の目的と内容（別途、会則を１部添付）

1. 会の活動状況（別途、会期・開催地・出席者数等に関しての資料、および運営委員会または世話人会名簿・議事録・会計報告・パンフレット・プログラム等を、１年前にさかのぼって１部添付）

1. 設立年：　　　　　　　年

年間の開催回数：　　　　　回　　主たる開催月：

７．認定要件の確認（□にチェック✓を入れてください）

１）認定要件のア- ①②③を直近の３年満たしている。 □ はい　　□　いいえ

２）開催案内通知先　　□　地域の脳神経外科学会員まで □　全国の脳神経外科学会員

　　　　　　　　　　　□　日本脳神経外科学会HP開催案内ページに掲載

８．クレジットや単位の認定を受けている他の学会名（あれば記入してください）