

神経眼科相談医 認定申請書

(西暦) 年 月 日 現在

ふりがな			
氏 名			
所 属			専門領域(科)
連 絡 先	どちらかにチェックをしていただき、下記住所欄をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自 宅		
	住 所	〒	
	連絡可能な項目へチェックをしていただき、下記該当欄へご記入ください。 <input type="checkbox"/> TEL (携帯電話でも可) <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail		
	TEL	()	—
	FAX	()	—
	E-mail		

【事務局記入欄】	
受付年月日： 年 月 日	相談医番号：
学会入会日	年 月 日 (期間： 年 ヶ月)

臨床経験記録：臨床経験（研修医2年を含む）が6年を超えていること。

※ 記入しきれない場合は、別紙作成の上、添付すること。

期 間（ 年 月 日）	施設名
（西暦） 年 月 日 ～ （西暦） 年 月 日 （ 年 月）	
（西暦） 年 月 日 ～ （西暦） 年 月 日 （ 年 月）	
（西暦） 年 月 日 ～ （西暦） 年 月 日 （ 年 月）	
（西暦） 年 月 日 ～ （西暦） 年 月 日 （ 年 月）	
（西暦） 年 月 日 ～ （西暦） 年 月 日 （ 年 月）	

日本神経眼科学会 認定講習会への参加記録：

2単位以上を要する。NOKAP試験日までに認定講習会への参加予定がある場合は、下欄に記入の上、別紙「日本神経眼科学会 認定講習会 申込書」を併せて提出すること。

参加実績 または 参加予定のある認定講習会	参加日・参加予定日	単位数
	（西暦） 年 月 日	
	（西暦） 年 月 日	

神経眼科に関する業績：①②いずれか1件を要する。

① 論文（筆頭者名、共同著者名、論文名、学会誌 又は 雑誌名、巻、頁、発行年月日）

--

② 学会発表（発表学会名、演者名、共同発表者名、演題名、発表年月日）

--

【各種申請書類コピー貼付欄】

- ・ 医師免許証（写）
- ・ 基本領域学会の専門医証（写）、または認定医証（写）、
または、これと同等と認定できる資料（写）
- ・ 日本神経眼科学会認定講習会 出席証明書（写）、
または、当該年の日本神経眼科学会認定講習会を受ける予定の場合はその申込書