**日本脳神経超音波学会　認定脳神経超音波検査士**

**受験申請書**

\*必須項目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請年月日（西暦）\* | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 【写真貼付】無帽/上半身/カラー縦3㎝×横2.4㎝6ヶ月以内に撮影裏面に氏名記入 |
| 氏名（ふりがな）\* |  |
| 氏名（和文）\* |  |
| 氏名（英文）\* |  |
| 性別\* | 男性　・　女性　　※○印を記入 |
| 生年月日（西暦）\* | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日　(年齢：　　　歳) |
| 所属と肩書き\* |  |
| 連絡先 | 所属先or自宅\* | 所属先　・　自宅　　※○印を記入 |
| 住所\* | 〒 |
| TEL\* |  |
| FAX |  |
| E-mail\* |  |
| 日本脳神経超音波学会会員番号\* |  |
| 資格\* | 医師・臨床検査技師・診療放射線技師・看護師・准看護師　※○印を記入免許番号　：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月日：（　　　　　　　年　　　月　　　日　） |
| 関連学会資格 | * 日本超音波医学会　認定超音波検査士（血管領域）

認定番号　：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月日：（　　　　　　　年　　　月　　　日　） |
| * 日本血管外科学会，日本脈管学会，日本静脈学会，日本動脈硬化学会の4学会構成による血管診療技師認定機構におけるCVT（血管診療技師）

認定番号　：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月日：（　　　　　　　年　　　月　　　日　） |
| * International Certification in Neurosonology (The Neurosonology Research Group of the World Federation of Neurology/The European Society of Neurosonology and Cerebral Hemodynamics)

認定番号　：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月日：（　　　　　　　年　　　月　　　日　） |
| * その他

資　　格　：（　　　　　　　　　　　　　　　　　） 認定番号　：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月日：（　　　　　　　年　　　月　　　日　） |
| 認定後,機関誌Neurosonologyと学会ホームページにおける都道府県別所属施設の公表について\*希望する　　・　　希望しない　　※○印を記入（なお,認定番号・認定日と氏名は,従来通り公表させていただきます） |