申請日　　　　　　　　年　　月　　日

**日本神経学会特別連携施設認定更新申請書**

一般社団法人日本神経学会

施設認定委員会　　殿

　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　施設名称（教育施設）

　　　　　　　　　　　　　　　責任者名

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（担当者、メールアドレス等）

　本施設は、専攻医の研修を行うため、特別連携施設として下記の施設と連携しているが、引き続き連携したいので、本施設の認定期間と同一期間、認定の更新を申請します。なお、当該施設の承諾は得ております。

**（１）特別連携施設として認定更新を申請する施設（複数施設の場合、連記してく**

**ださい）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名称 | 責任者名 | 認定基準該当の有無（該当する基準にチェックしてください） |
|  |  | 基準①　□　　基準②　□基準③　□　　基準④　□基準⑤　□ |
|  |  | 基準①　□　　基準②　□基準③　□　　基準④　□基準⑤　□ |
|  |  | 基準①　□　　基準②　□基準③　□　　基準④　□基準⑤　□ |

※１　施設数が多い場合は、適宜行を拡充して記載してください。

２　責任者氏名は、変更がない場合省略できます。

　　　３　認定施設該当の有無の欄は、下記（参考）の基準を参考にご記載願います。なお、該当しない基準については、空欄のままにしてください。

（参考）特別連携施設認定基準

1. 地域医療でニーズの高い脳卒中・認知症などコモンディジーズの研修に適した環境にあること（CT,MRI）等の画像診断装置を含む）。
2. 特別連携施設での研修は、連携する教育施設の研修責任者が研修責任を負うこと。
3. 連携する教育施設の神経内科指導医による指導を原則として常時受けることが可能であること。
4. 内科指導医が常勤として在籍すること。または、日本内科学会の特別連携施設

に指定されていること。

⑤　医師不足地域の二次医療圏にあることが望ましい。

**（２）その他（特記事項があれば、ご記載ください）**

**ご注意**

**本様式は、すでに認定されている施設の認定更新を申請する場合利用するものです。**

**新規申請の場合は、別様式がありますので、その様式により申請してください。**