　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　　　　　年　　月　　日

**日本神経学会特別連携施設認定申請書**

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、下記の施設と連携したいので、次の施設を特別連携施設として認定されるよう申請します。

なお、当該施設の承諾を得ておりますので、承諾書を添付します。

**（１）特別連携施設として認定申請する施設**

　　施設名称

　　責任者名

　　所在地

**（２）特別連携施設として申請する理由**（必要性等をご記載ください）

**（３）特別連携施設での研修内容**（概要をご記載ください）

**（４）特別連携施設での研修中の専攻医の指導体制**（指導責任者、指導方法等をご記載ください。）

（**５）認定申請期間**

　　　□　本施設の認定期間と同一期間

　　　（認定更新時の申請の場合、チェックしてください）

　　　□　次の期間

　　　　　　　　　年　　　月　～　　　　　年　　　月

（随時申請の場合、チェックの上期間を記載してください）

**（６）特別連携施設として申請する施設の状況（いずれかにチェックして下さい）**

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かどうか（（CT,MRI）等の画像診断装置を含む）。

　　□　ある

　　□　ない

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。

　　□　はい

　　□　いいえ

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。

　　□　はい

　　□　いいえ

④−１　内科指導医が常勤として在籍している。

□　はい　（役職：　　　　　　、名前：　　　　　　　　　　　　）

　　□　いいえ

④−２　日本内科学会の特別連携施設指定状況

　　□　指定されている

□　指定されていない

⑤　医師不足地域の二次医療圏にあるかについて

　　□　ある

□　ない

**（７）その他（特記事項があれば、ご記載ください）**