**■認定施設申請書（2024年改定更新用）■**

※施設番号 ※認定番号 　　　　　　　　（※は事務局用；記入不要です．）

**日本頭痛学会認定施設申請書（　　　　　　年　　　　月 　　 日提出）**

医療施設名（カナ）

 　　　　　　　（漢字）

施設長名

住所

℡ 　　　 　　 FAX

現在の施設基準　　　□教育施設 □准教育施設 □教育関連施設　　　**（　　　　　　年　　　　月　認定）**

申請する施設基準 □教育施設 □准教育施設 □教育関連施設

**I．頭痛関連研修診療科と指導管理責任者名**

頭痛関連診療科名称（ 　　　　　　 　　　 ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 専門医番号 | 氏　名 | 所属・役職 | 指導医番号 |
|  |  |  |  |

E-mail

**※教育施設と教育関連施設の指導管理責任者は常勤の指導医とする．教育関連施設は専門医でも良い．**

**II．施設の概要**

１，施設分類（該当項目をチェック）

（１）□ 病院

（２）□ 診療所 ( □ 有床診療所 □ 無床診療所 )

**III．頭痛関連疾患診療担当科（脳神経内科・脳神経外科・小児科など）のスタッフ**

指導医，専門医の所属・職名（上記指導管理責任者を除く．常勤は週4日勤務，週32時間以上診療にあたり，当直は2日扱い）
※5名を超える場合は，表を次頁にコピーしてご提出ください．

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 専門医番号 | 氏　名 | 所属・役職 | 指導医の場合，指導医番号 | 常勤医の場合，〇印 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |