

***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 cm×横 2.4 cm 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＊				
日本脳神経超音波と栓子検出学会会員番号＊					
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，日本フットケア・足病医学会の 5 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 Specialty 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）					