

所属施設	所属施設名：
職種	職名・学年（令和8年10月23日時点）： ☐ 医学部 年生 ☐ 初期研修医 年目 ☐ その他（ 年卒 科専攻医/専門医 ※脳神経外科への転科希望）
（ふりがな） 氏名	
年齢	歳
性別	男性 ・ 女性
基幹施設長 自筆署名欄	
一般社団法人日本脳神経外科学会第 85 回学術総会 会長 三國 信啓 殿 私は上記プロジェクトの趣旨を理解し、脳神経外科分野に興味をもって本コースへ参加を申し込みます。 意欲と良識を持って他施設、多分野の参加者と交流いたします。 参加資格・選考方法等、要項を読み、全文を了承しました。 ☐（要チェック） 氏名 印 (自筆署名)	