（施設様式 1）

■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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL　　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，○印
1					
2					
3					
4					
5					