

日本脳ドック学会認定施設 定期報告書

記入年月日	20 年 月 日
-------	---

認定施設情報	認定番号
	施設名
	施設住所 〒 -
	電話 FAX
	Email
	URL
	窓口担当者氏名 Email

脳ドックの施設 責任者	氏名	日本脳ドック学会会員歴	年
脳ドック実施に 関する責任医師	氏名	日本脳ドック学会会員歴	年

脳ドック 実施形態 (あてはまるもの全てに チェック・その他は内容の 入力をお願いします)	1.脳ドックとして単独で実施 2.人間ドックや他の健診のオプションとして実施 3.簡易型の脳検診として実施 4.その他()
---	--

この1年で改善・変更された点がございましたらご記入ください。

日本脳ドック学会施設認定委員会へのご意見・ご要望がございましたらご記入ください。

2016年9月30日までにご提出ください。

【送信する】ボタンを押すと電子メールを利用して報告書を送信できます。

※ご利用の環境で**【送信する】**でのメール送信ができない場合は、
【入力内容を保存する】でファイルを保存の上、info@jbds.jpまで
ファイルを添付の上送信して下さい。

※メール送信が難しい環境の場合は、**【印刷する】**で回答を印刷の上
日本脳ドック学会 施設認定委員会 FAX 011-891-5100 までご送信下さい。



一般社団法人 日本脳ドック学会
〒004-0031 札幌市厚別区上野幌1条2丁目1-10
医療法人新さっぽろ脳神経外科病院内
TEL 011-891-2500 FAX 011-891-5100
(E-mail) info@jbds.jp
(URL) <http://jbds.jp/>