

福大医第 1 号
令和 3 年 4 月 28 日

国公立医科大学長
国公立大学医学部長 殿
各関係機関の長

福岡大学医学部長
小玉 正太
(公印省略)

脳神経外科学講座教授候補者の推薦について（依頼）

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、本学医学部では、脳神経外科学講座 井上亨教授が、令和 4 年 3 月 31 日付をもって定年退職いたしますので、後任の主任教授を選考することになりました。

つきましては、ご多用のところ恐縮に存じますが、貴学ならびに関係機関にその適任者がおられましたら、下記の要領によりご推薦賜りますようお願い申し上げます。

なお、教授候補者には、脳腫瘍・脳卒中の外科、開頭手術を含む脳神経外科領域に幅広く対応できる臨床の資質を持ち、研究実績のみならず、本学の教育理念を基に医学教育に尽力できる方を望みます。

謹白

記

一、採用予定日 令和 4 年 4 月 1 日（金）

一、推薦締切日 令和 3 年 6 月 25 日（金）

一、提出書類

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 推薦書 | 1 通（様式 1） |
| 2 履歴書 | 1 通（様式 2） |
| 3 研究業績一覧表 | 1 通（様式 3） |
| 4 主要論文 10 編の要旨 | 1 式（様式 4） |
| 5 主要論文 10 編の別刷 | 各 2 部（コピー可） |
| 6 教育、研究及び診療の実績と抱負 | （様式自由、1000 字程度、A4 判 1 枚） |
| 7 専門医証（写） | 1 通（A4 判） |
| 8 手術実績一覧表 | 1 通（様式 5） |

* 提出書類一式は、JREC-IN（研究者人材データベース）からダウンロードいただくか、福岡大学医学部（メールアドレス：ijimu@adm.fukuoka-u.ac.jp）へご請求ください。

なお、提出書類 3、及び 4 は印刷したものと合わせて電子メール（Word または Excel：マクロなし、パスワード付暗号化）を上記の福岡大学医学部アドレスあてにご提出ください。

* 連絡先住所、電話番号、メールアドレスをお知らせください。

* 提出書類を郵送の場合は書留とし、表に「脳神経外科学講座教授応募書類在中」と朱記願います。

* 応募書類等は原則として返却いたしません。応募書類により取得した個人情報、今回の採用選考の資料としてのみ使用し、個人情報保護法に基づいて適正に取り扱います。

* 福岡大学は男女共同参画を推進しています。

* 福岡大学医学部及び福岡大学病院は、敷地内全面禁煙を実施しています。

一、候補者の方には選考の過程でご来学の上、ご講演いただく場合があります。

一、提出先 〒814-0180 福岡市城南区七隈七丁目 45 番 1 号
(連絡先) 福岡大学医学部長 小玉 正太
Tel. 092-801-1011 (内線 3011)

2021年 月 日

福岡大学医学部長
小玉 正太 殿

(推薦者) 現職・氏名

_____ 印

推 薦 書

福岡大学医学部脳神経外科学講座 教授候補者として、下記の者を推薦します。

記

1. 氏 名
2. 現 職
3. 推薦理由 (教育及び研究について)

履 歴 書

顔
写
真

フリガナ 氏名		男 女	国 籍 (外国籍のみ)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)			
現 職				

フリガナ 現住所	〒			
			TEL	
			E-mail	

医師免許	(登録番号) 第 号	昭和・平成・令和 年 月 日
------	------------	----------------

学 位	(大学)	昭和・平成・令和 年 月 日
-----	-------	----------------

専門医 認定医等		

学 歴

年 月	事 項

職 歴

年 月 日	事 項

次頁に続く

学会及び社会における活動等

年 月	事 項

賞 罰

年 月	事 項

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

印

研究業績書

令和 年 月 日

氏名： 印

業績分類	No.	論文題名 / 著者名 - 発表雑誌 (年、巻(号) : 頁)	備考
原著	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
総説	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
症例報告	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
著書	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
その他	1		
	2		
	3		
学会発表	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
研究助成	1		
	2		
	3		
	4		
	5		

主要論文 10 編の要旨

年 月 日

氏名：

順位	分類番号	論文題名 / 著者 -- 発表雑誌 (年、巻 (号) : 頁)

<手術実績>

最近5年間(平成28年4月～令和3年3月)に直接執刀された手術、あるいは直接指導された手術件数についてご記入ください

術者または助手としての経験	最近5年間の執刀症例数		
	術者数	指導的助手	助手
A 個々の手術経験			
脳腫瘍手術			
脳動脈瘤手術			
AVM 手術			
脳内血腫除去術			
頭部外傷の開頭術			
脊髄腫瘍手術			
変形性脊椎症手術			
15 歳以下の小児手術			
MVD手術			
微小血管減圧術(MVD)を除く機能系手術			
脳動脈瘤塞栓術			
頸部内頸動脈ステント留置術			
A 小計			
B. 基本的手術手技の経験			
穿頭術ないし脳室ドレナージ			
シャント手術			
開頭・閉頭手技			
椎弓切除ないし形成手技			
顕微鏡下手技(クモ膜切開、腫瘍、血管の露出、血腫除去、ドリリング、吻合操作など)(開閉頭重複は不可)			
内視鏡手術			
B. 小計			
合計			

* 重複はせずに主たる術式に振り分けてください。

主は、上記記載資料とし、以下(C.D.)は参考資料として取り扱います。

C. 疾患の管理経験	最近5年間の指導数		
	管理指導数		
脳腫瘍			
脳血管障害			
外傷			
脊椎・脊髄			
小児			
機能			
その他			
合計			

D. その他(特殊な手技の経験があれば)術式名	最近5年間の執刀症例数		
	総執刀数	指導的助手	助手