

日本臨床麻酔学会 教育インストラクター (DAM) 新規認定申請書

申請日 (西暦) : _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 : (漢字) _____ (ローマ字) _____

所属 : _____

連絡先住所 (勤務先・自宅 ; いずれかに○) :

〒 : _____

e-mail address : _____

《申請資格》

日本臨床麻酔学会会員番号 : _____

① 5年以上の連続会員歴 : (有・無) (*事務局確認)

② 専門医資格 : 日本麻酔科学会専門医番号 : _____

その他の専門医学会名と番号 : _____

③ 推薦者 : いずれかの推薦を必要とする

日本臨床麻酔学会評議員署名 : _____ あるいは、

日本臨床麻酔学会臨床麻酔教育委員会推薦者署名 : _____

《判定基準》 いずれか一つに○をして記入

① 日本臨床麻酔学会認定教育インストラクター (DAM) 養成コース終了

開催日 : _____ 開催地 : _____

② 気道管理セミナー受講

開催日 : _____ 開催地 : _____ セミナー名 : _____

気道管理セミナーアシスタント (2回)

開催日 : _____ 開催地 : _____ セミナー名 : _____

推薦者署名 : _____

開催日 : _____ 開催地 : _____ セミナー名 : _____

推薦者署名 : _____

③ 気道管理セミナーインストラクター

開催日 : _____ 開催地 : _____ セミナー名 : _____

④ 日本臨床麻酔学会教育委員会認定 DAM 教育・訓練実施能力有資格

*履歴書 (職歴を含む)、DAM 関連業績、日本臨床麻酔学会評議員推薦書を添付すること