**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：（フリガナ）

（漢字）　　　 　 　　　　　（ローマ字）

所属　：

連絡先住所（勤務先・自宅；いずれかに〇）：

　　〒：

e-mail address：

《申請資格》

　日本臨床麻酔学会会員番号：

①５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：

1. 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：

1. 気道管理セミナーコーディネータ・インストラクター

開催日：　　　　　　開催地：　　　　　　セミナー名：

1. 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

＊各履歴を証明できるものを添付すること

（コーディネータの場合は、学会抄録集のコピーを参加証として取り扱う）

＊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