

日本臨床麻酔学会 教育インストラクター (DAM)

資格更新申請書

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 : _____

《更新申請資格》

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 インストラクター認定年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

③ インストラクター番号 : _____

《申請基準》

① 学会関連セミナー・ワークショップにおけるインストラクター歴

開催日 : _____ 開催地 : _____ セミナー名 : _____

開催日 : _____ 開催地 : _____ セミナー名 : _____

開催日 : _____ 開催地 : _____ セミナー名 : _____

② 各履歴を証明できるもの (5年間に2回) を添付すること