

日本臨床麻酔学会 教育インストラクター（神経ブロック）本認定申請書

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： _____

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》

① 学会関連セミナー・ワークショップ受講歴

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： _____

* 各履歴を証明できるものを添付すること

② 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： _____

* 各履歴を証明できるものを添付すること

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