

教育インストラクター推薦状

私は、申請者である_____を、日本臨床
麻酔学会認定 教育インストラクター（超音波ガイド
下神経ブロック）に相応しい見識と技量を兼ね備えた
医師であると認め、ここに推薦いたします。

推薦人：平成 年 月 日

評議員氏名 _____ 印

所属施設名 _____

推薦人：平成 年 月 日

評議員氏名 _____ 印

所属施設名 _____