

日本臨床麻酔学会 教育インストラクター（神経ブロック）

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