**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：（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：

《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

コーディネータ・コースディレクター・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：

1. 各履歴を証明できるもの（5年間に2回）を添付すること

（コーディネータ・コースディレクターの場合は、学会抄録集のコピーを参加証として取り扱う）