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：令和　　年　　月　　日

評議員氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

所属施設名

推薦人：令和　　年　　月　　日

評議員氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

所属施設名