年　　月　　日

日 本 臨 床 麻 酔 学 会 評 議 員 候 補 者 所 定 用 紙

氏名（署名）	フリガナ	生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生　　歳
		会員番号	
所　属		役職名	
		性　別　　□男性　□女性	
連　絡　先	（〒　　－　　） TEL :　　（　　）　　FAX :　　（　　） E-mail　　@		
推薦者氏名	理事	理事・評議員	

履　歴　書　　（経歴を最終学歴から簡単に記入してください）

日本臨床麻酔学会学術集会おける発表（最新の発表から順に記入してください）

題　　目	発　表　年

日本臨床麻酔学会誌における発表（最新の発表から順に記入してください）

題　　目	Vol.　No.　p.