

日本臨床麻酔学会
会長 川股 知之 殿

日本臨床麻酔学会（監事 理事）立候補届出書

（ どちらかにチェックください）

①立候補者氏名：

②生年月日： 年 月 日生（ 歳）

③所属医療機関名称：

④講座・診療科：

⑤役職名：

⑥所属機関住所

（〒 — ）

TEL： （ ）

⑦略歴：

上記のとおり立候補の届出を致します。

年 月 日

氏名

印

監事 理事 (どちらかにチェックください)

候補者氏名 ;

日本臨床麻酔学会役員候補者の抱負

日本臨床麻酔学会
会長 川股 知之 殿

日本臨床麻酔学会（監事 理事）立候補者推薦書

（ どちらかにチェックください）

①立候補者氏名：

②所属医療機関名称：

③役職名：

④推薦理由：

上記により候補者を推薦致します。

年 月 日

日本臨床麻酔学会評議員
氏名

印