

年 月 日

日本臨床麻酔学会評議員候補者所定用紙

氏名	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 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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			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.