一般社団法人　日本歯科麻酔学会

学術委員会指名講演　応募用紙

様式−１

年月日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 職名・称号等 | |
| 氏　名（自署） |  | |  | |
| 生年月日（年齢） | 年　　　月　　　日（　　　　歳） | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 所属機関  名　　称 |  | | | |
| 所属機関  住　　所 | 〒 | | | |
| E-mail |  | | | |
| 略歴 |  | | | |
| 講演タイトル |  | | | |
| 講演内容 |  | | | |
| 推薦者 | 氏名（自署）※ |  | | |
| 所属・職名 |  | | |

※推薦者氏名は自薦の場合は本人、他薦の場合は歯科麻酔指導医による署名となります。

一般社団法人　日本歯科麻酔学会

学術委員会指名講演　応募用紙

様式-２

|  |  |
| --- | --- |
| 講演に関する研究論文 | |
| No. | 掲載誌名・論文タイトル・著者名・掲載年月日 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注1）著者名は全員記載し、コレスポンディングオーサーにはアスタリスク（＊）を付けてください。

注2）縦幅が不足の場合は変更してください。論文数が多い場合は頁を追加してください。