

履 歴 書 （麻酔科医師用）

No. _____

| | | | |
|-------------|---|-----|---------|
| 手術全身麻酔担当経験数 | 週 | 例程度 | （年間約 例） |
|-------------|---|-----|---------|

| 多発外傷患者の麻酔の経験（ASA4E以上の外傷手術） ※ある場合（必須ではありません） | | | |
|---|---|-----|-----|
| 年 | 月 | 疾患名 | 術式名 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|----------------|----------------------------|----------------------------|
| DATC™ コースの受講経験 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
|----------------|----------------------------|----------------------------|

| | | | |
|-----------|-----------------------------|---|------------------------------|
| 日本麻酔科学会 | <input type="checkbox"/> 会員 | （ <input type="checkbox"/> 麻酔科専門医有（No. ）） | <input type="checkbox"/> 非会員 |
| 日本救急医学会 | <input type="checkbox"/> 会員 | （ <input type="checkbox"/> 救急科専門医有（No. ）） | <input type="checkbox"/> 非会員 |
| 日本集中治療医学会 | <input type="checkbox"/> 会員 | （ <input type="checkbox"/> 集中治療専門医有（No. ）） | <input type="checkbox"/> 非会員 |

| | | |
|-----------|--|--|
| その他学会の資格等 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|------|--|
| 自己PR | |
|------|--|