令和　　年　　月　　日

日本区域麻酔学会

事務局　御中

申請者　所属先

　　住　所

　　　　氏　名

　　　　連絡先

**認　定　申　請　書**

貴学会の要件に従い、認定ハンズオンセミナーとしての登録を受ける為、申請いたします。

記

1.セミナーの名称

2.セミナー主催者・支援企業等の名称

3.開催日時・場所

4.コースの内容（講義の内容と時間、実習の内容と時間など）

5.インストラクターの氏名（資格など記載）

6.参加者予定人数（規模など）

7.開催情報のホームページへの公開の可否

　□可　□否

※可の場合に記載

　　　掲示開始日、取得可能内容（講義〇時間、実技〇時間）、参加費、参加資格、

申込み窓口

以上