



4. 要約(日本語)

5. 応募者の経歴 (最終学歴以降、学位など)

医会受領 年 月 日。

〈応募書類送付先・お問合せ先〉

〒566-0034 大阪府摂津市香露園 8-1 はせクリニック内  
大阪府臨床麻酔科医会 Award 選考委員会 宛  
TEL : 072-657-7700 FAX : 072-657-0808  
E-mail : o.masui1983@gmail.com