

若手新生児科医フェローシップ申請書

平成 年 月 日

		書類作成者署名		
推薦者	ふりがな	役 職		
	氏 名			
	所 属 先			
	所属機関所在地	〒		
	連 絡 先	TEL :	E-mail :	
推 薦 理 由				
演題受付番号		演題名		
申請者	ふりがな	性 別	男 ・ 女	
	氏 名	生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	
	所 属 先			
	所属機関所在地	〒		
	連 絡 先	TEL :	E-mail :	
	現在, 日本新生児成育医学会の (会 員 ・ 非 会 員) である。 学会員の方は会員番号を記載してください。 () 番			
最終学校名		(平成)	年度卒業	

* 申請者は卒後 10 年目までの医師 (本年は平成 18 年度までに卒業の医師が対象となる)。本学会学術集会上に筆頭演者として演題応募される方に限ります。

* 若手新生児科医フェローシップの採用はお一人につき一回に限ります。一度採用された方は再応募できません。

* 9 月下旬に, 事務局より記載していただいたご連絡先へ採否を通知いたします。ご勤務先等が変更になる場合には, その旨事務局までお知らせください。

* 結果は E-mail でご連絡予定です。必ず連絡が取れるアドレスを記載してください。

さ
り
と
り
線