東京都医師会グループ医学賞　応募用紙

（平成３０年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 代表者所属地区医師会 |
| グループ名 |  | |  |
| ふりがな |  | 性　別 | 生年月日（西暦） |
| 代 表 者 名 |  | 男 ・ 女 | 年　　　月　　　日生  （年齢　　　　才） |
| 代表者連絡先 | 〒  TEL　　　（　　　　）　　　　　　　FAX　　　（　　　　）  E-mail | | |
| グループ構成者  氏名（全員）  ※都医非会員の方は  　○で囲んで下さい |  | | |

**代表者　学歴・職歴**

|  |  |
| --- | --- |
| 年・月 | 履歴 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題又は社会医学活動課題（２５字以内でお願いします） | |
|  | |
| 研究概要又は社会医学活動概要 | |
|  | |
| 本研究あるいは業績における過去の受賞歴 | |
| 受賞歴の有無  □ 有 ・ □ 無 | 本研究あるいは業績で他団体から賞を受けたことがある場合は賞の名称をご記入下さい |