東京都医師会医学研究賞　候補者調書

（平成３０年度）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性　別 | | 顔写真貼付欄  大きさ　５cm×４cm  最近３ヵ月以内のもの |
| 氏名 |  | | | 男・女 | |
| 生年月日  （西暦） | 年　　　月　　　日生　（年齢　　　　才） | | | | |
| 所属地区  医師会 |  | | | | |
| 所属・役職  ※正式名称にて  ご記入下さい |  | | | | | |
| 勤 務 先 | 〒    TEL　　　（　　　　）　　　　　　　FAX　　　（　　　　） | | | | | |
| 現 住 所 | 〒    TEL　　　（　　　　）　　　　　　　FAX　　　（　　　　） | | | | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 学歴・職歴 | | | | | | |
|  | | |  | | | |
| 研究課題　（２５字以内でお願いします） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 研究概要 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 論文名 | | | | | 掲載年月 | | |
|  | | | | |  | | |
| □ 共著者の承諾を得ている場合は、☑を入れて下さい | | | | | □ オンライン掲載のみの場合は  ☑を入れて下さい | | |
| 本研究における過去の受賞歴 | | | | | | | |
| 受賞歴の有無  □ 有 ・ □ 無 | | 本研究論文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 | | | | | |