

若手新生児科医フェローシップ申請書

平成 年 月 日

さ
り
と
り
線

		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 年 月 日 (歳) 平成
	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20年度までに卒業の医師が対象となる)。本学会学術集会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。

