

## 若手新生児科医フェローシップ申請書

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 (西暦)	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		(西暦)	年度卒業

さ  
り  
と  
り  
線

- \* 申請者は卒後 10 年目までの医師 (本年は 2010 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。
- \* 5 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。