

## 若手新生児科医フェローシップ申請書

年 月 日

|             |  |              |            |
|-------------|--|--------------|------------|
|             |  | 推薦者署名        |            |
| 推<br>薦<br>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<br>請<br>者 | ふりがな   | 生年月日<br>(西暦) | 年 月 日 ( 歳) |
|             | 氏 名  |              |            |
|             | 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。<br>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       |

\*申請者は卒後10年目までの医師（本年は2014年度までに卒業（2015年3月末までに卒業）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。

\*10月上旬に、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。