

若手新生児科医フェローシップ申請書

年 月 日

推薦者	推薦者署名		
	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	生年月日 (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。 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2015年度までに卒業（2016年3月末までに卒業）の医師が対象）。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。

*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。