

若手新生児科医フェローシップ申請書

年 月 日

推 薦 者	ふりがな		推薦者署名	
	氏 名		役 職	
	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2016年度までに卒業(2017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。