

旭川医科大学医学部医学科同窓会
第 回医学奨励賞申請書

(学術奨励賞・特別奨励賞) (不要事項は二重線で抹消すること。)

平成 年 月 日

旭川医科大学医学部医学科同窓会事務局 御中

(推 薦 者)

所属機関

所在地 〒

電 話 ()

職・氏名 (ふりがな)

印

貴会医学奨励賞 (学術奨励賞・特別奨励賞) に、下記の者を推薦します。

申請者・氏名 (ふりがな)

印

・生年月日 昭和 年 月 日 (満 歳)

・卒業期 第 期卒

所属機関・講座・教室及び職名

・電話 () 内線 FAX

所属機関の所在地 〒

自 宅 住 所 〒

・電話 () FAX

1 . 申 請 課 題

--

2 . 共 同 研 究 者

氏 名 (ふりがな)	所属機関	役 職	生年月日	本学の卒業期
				第 期卒
				第 期卒
				第 期卒
				第 期卒
				第 期卒

3 . 研究あるいは活動等の目的

4 . 研究あるいは活動等の概要又は研究実施計画

5 . この研究あるいは活動等に対する他の機関からの助成、援助等の状況

6 . この研究あるいは活動等に関する国内及び国外における現状

(記載例)

履 歴 書

ふりがな 氏名 あきひ かわ た ろう (男)
生年月日 昭和 年 月 日

本籍地 北海道
現住所 旭川市

学 歴

昭和 年 月 日 旭川医科大学医学部医学科入学
昭和 年 月 日 同上卒業

資格・免許

昭和 年 月 日 医師免許取得(医籍登録 第 号)
昭和 年 月 日 学位取得(医学(博士) 旭川医科大学)

職 歴

昭和 年 月 日 病院 科医師
昭和 年 月 日 旭川医科大学医学部研究生(講座)
昭和 年 月 日 旭川医科大学医学部 講座助手
平成 年 月 日 病院 科医師
平成 年 月 日 病院 科医長
現在に至る

賞 罰

な し

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名

印

用紙の大きさは、A4版とする。

用紙は、各自で作成すること。

主要論文目録

最近5年間における申請者の研究業績

【主要な論文（論文名、著者名、雑誌名、巻・ページ・発行年）及び学会発表（演題名、共同発表者名、学会名、開催地、開催年度）等のリストを記載し、申請者名にアンダーラインを引くこと】