東京都医師会医学研究賞　候補者調書

【応募する分野に☑を入れて下さい】

□ 臨床医学分野（社会医学分野を含む）

□ 基礎医学分野

もの）

（令和３年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 性　別 | 顔写真貼付欄大きさ　５cm×４cm最近３ヵ月以内のもの |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日（西暦） | 年　　　月　　　日生　（年齢　　　　才） |
| 所属地区医師会 | 　 |
| 所属・役職※正式名称にてご記入下さい | 　 |
| 勤 務 先 | 〒 　TEL　　　（　　　　）　　　　　　　FAX　　　（　　　　）　　　　 |
| 現 住 所 | 〒 　TEL　　　（　　　　）　　　　　　　FAX　　　（　　　　）　　　　 |
| E-mail | 　 |
| 学歴・職歴 |
|  |  |
| 研究課題 |
| 　 |
| 研究概要 |
| 　 |
| 著者名・論文題名・雑誌名・発行年・巻数・ページ数 |
|  |
| □ 共著者の承諾を得ている場合は、☑を入れて下さい | □ オンライン掲載のみの場合は☑を入れて下さい |
| 本論文における過去の受賞歴 |
| 受賞歴の有無□ 有 ・ □ 無 | 本研究論文で他団体から賞を受けたことがある場合は賞の名称をご記入下さい |