

日本臨床麻酔学会 小坂二度見記念賞 応募用紙

応募者 氏名			会員番号			
			生年月日	(西暦)	年	月 日 (満 歳)
所属 機関	名称			職名		
	住所	〒 —		TEL	FAX	
E-mail						
1. 応募者略歴						
2. 研究課題 (業績名)						
<p>3. 応募業績 (前年 12 月までの過去 5 年間に刊行された客観的査読を経た 1 編もしくは一連の複数論文) 掲載誌 (著者名、題目、誌名、巻、初ページ～終ページ、年) の順に記載し、Corresponding author に※を付けてください。別紙あるいは追加して記載可。</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p> <p>④</p> <p>⑤</p>						

4. 研究概要（別紙にて可）

i) 研究の内容

ii) 研究の発展性

5. 本研究の学会発表（別紙にて可）

① 学会名：

発表年月日： 年 月 日

演 者：

タイトル：

② 学会名：

発表年月日： 年 月 日

演者：

タイトル：

③ 学会名：

発表年月日： 年 月 日

演者：

タイトル：

④ 学会名：

発表年月日： 年 月 日

演者：

タイトル：

⑤ 学会名：

発表年月日： 年 月 日

演者：

タイトル：

6. 共著者の応募放棄書（提出された論文に関し、共著者による受賞への応募放棄書の署名を必要とします。）

①タイトル： _____

での受賞への応募を放棄します。

署名

②タイトル： _____

での受賞への応募を放棄します。

署名

③タイトル： _____

での受賞への応募を放棄します。

署名

④タイトル： _____

での受賞への応募を放棄します。

署名

⑤タイトル： _____

での受賞への応募を放棄します。

署名

7. 本論文の他の賞への応募、あるいは受賞の有無

無 有 ()

8. 過去受賞経歴と受賞対象論文（他学会を含む）

①受賞名： _____ 受賞年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

学会名： _____

受賞論文： _____

②受賞名： _____ 受賞年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

学会名： _____

受賞論文： _____

9. 推薦者を必須とする。

推薦者は学会の役員・被推薦者の所属施設所属者等に限りません。

推薦状は別紙でも可、推薦理由、署名、捺印をお願いします。

推薦理由

年 月 日

所属

役職

署名

印

10. 以上の通り、相違ありません。

年 月 日 応募申請者 印