若手外科医国内外研修助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（外科研修－１）

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　公益財団法人臨床研究奨励基金　　理事長　西村　良二　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞生年月日 年　　　月　　　日生　　　　才　　　　　　　　　　　　　　　　　 所属　　　　　　　　　　　　　　　　　 役職・資格　　　　　　　　　　　　　　　　　 勤務先住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail |
| 　研修先施設　　 施 設 名　　 所 在 地　　 施 設 長 |
| 　研修期間　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日　まで |
| 　研修目的　（具体的に記入） |
| 　研修計画　（具体的かつ簡明に記入） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（外科研修－２）

|  |
| --- |
| 　期待される成果 |
| 推　　　薦　　　書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　公益財団法人臨床研究奨励基金　　　理事長　西村　良二　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　推　薦　者（１）　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属および職名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　推　薦　者（２）　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属および職名　推薦理由 |

注記　１．日本臨床外科学会ないしは日本Acute Care Surgery学会の会員である事がわかる物の写しを添付の事。

　　　２．受入施設長もしくはこれに代り得る者の受入承諾書ないしこれに代り得る書面を添付のこと。

　　　３．推薦者（１）は、研修者が現在勤務する機関の長（学長、学部長、病院長等）による。

　　　　　推薦者（２）は、研修者が現在勤務する部署の所属長（教授、診療部科長等）による。

　　　４．全ての年は西暦で記入してください。

【申請書提出要領】

1.　申請要領

　　　それぞれの助成要綱を参照のうえ、各申請書を作成し郵送にてご提出ください（コピーは不可）。また、作成したデータ（Word形式）はメール添付にて「info@crpf-f.jp」まで送信してください。両方が揃い受付完了となります。

2.　提出先

 　〒810-0041

福岡市中央区大名2丁目8番1号　肥後天神宝ビル5階

公益財団法人臨床研究奨励基金

TEL092-738-5111

3.　受付期間

　　　毎年6月1日から7月31日（消印有効）

4.　採択通知

　　　助成審議委員会で選考のうえ決定し、10月中旬頃迄に本人宛通知します。