若手外科医国内外研修助成申請書

（若手外科研修-1）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者　情　報 | 申請日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ氏　名 |  | ㊞ |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先電話 |  |
| e-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　　（満　　　才） |
| 最終学歴 | 年　　月　　　　　　大学　　　　　研究科修了 | 学位 |  |
| 現職名 | （　　年　　月　　日より） |
| 資　格 | （　　年　　月　　日より） |
| 受入研修施設 | 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 施設長 |  |
| 研修期間 | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　まで |
| 目　的（600字以内で記入のこと） |  |

（若手外科研修-2）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修計画（700字以内で記入のこと） |  |
| 期待される成果（700字以内で記入の事） |  |
| 当該申請に関して他団体等よりの援助 | いずれかに〇を付与のこと有　　　・　　　無 |
| 研修施設より給与もしくは援助 | いずれかに〇を付与のこと有　　　・　　　無 |

（若手外科研修-3）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 推薦者① | 氏　名 |  | ㊞ |
| 所　属 |  |
| 職　名 |  |
| 推薦者② | 氏　名 |  | ㊞ |
| 所　属 |  |
| 職　名 |  |
| 推薦理由（500字以内でご記入ください） |  |

　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．受入施設長若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。

※当財団関係者は推薦人になることはできません。

　　　　　４．所定書式（Ａ４縦型）をご使用ください。入力文字はMS　P明朝体の11Pで作成ください。

　　　　　５．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理事会で決定し、10月中旬頃迄に本人宛通知します。