ヒポクラテス賞授与申請書

　令和　　年　 月　 日

一般社団法人東京医科大学医学部医学科同窓会

会長　　土田明彦　殿

 　　　　　　　　 所　　　属

 　　　　　　　　 職　　　名

職員番号

 　　　　　　　　 　　　　 　 印

 　　　　　　　　 出 身 校　　　　 　　　　　　　 大学

（昭・平・令） 　　　年卒

 　　　　　　　　 連絡先ＴＥＬ

 　　　　　　　　 留守中の連絡先

 　　　　　　住　所〒

 　　　　　　ＴＥＬ

私儀、今般下記のとおり留学いたしますので、ヒポクラテス賞をいただきたく申請

いたします。

記

１．留学先施設名　※各項目全て日本語で併記すること

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

留学先国名（　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

留学期間（　　　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日）

２．留学目的（250文字以内で記入のこと）

３．

①留学中、東京医科大学または所属病院からの給与：

（　　有　　・　　無　　）及び（金額　　　　　　　　　円/月）

②学内・学外・留学先へ補助金（旅費・学費・その他）を申請中、または支給される

予定があれば申し出ること

　　　　　　補助金申請または、支給：（　　有　　・　　無　　）

１）有に○をした方は下記項目にお答えください

 　　　　支給者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

 　　　　支 給 額（ 　　　　 円/月）

４．推 薦 者　 　　所属

 　 　　 　　職名

 　 　氏名 　 印

５．推薦理由

履　歴　書

|  |  |
| --- | --- |
|  氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
|  本　　　籍 |  |
|  現 住 所 |  |
| e-mail(**必須**) |  |
|  学　　歴高校卒業以降を記入すること | 　　 　年　 　月 　 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 免　許　等 | 　　　 年　　 月 | 　　　　　　　　　　　（第　　　　　　　号） |
| 学　　位 | 　　　 年　　 月 | 博士（　　　　　）（　　　　　大学　　第　　　　号） |
| 職　　歴 | 　　　 年　　 月 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| その他 |  |
|  |
|  |

業績目録

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

＊留学終了後、ご提出ください。

東京医科大学同窓会ヒポクラテス賞研究報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　一般社団法人東京医科大学医学部医学科同窓会

会長　土田明彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 　留学先での研究成果等　　　　　　　 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 研究成果の掲載予定誌 |