

東京都医師会医学研究賞 候補者調書

(平成29年度)

(ふりがな)		所属地区医師会		顔写真貼付欄 大きさ 5cm×4cm 最近3ヵ月以内のもの
氏名				
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (年齢 才)	性別	男・女	
所属・役職 <small>※正式名称にて ご記入下さい</small>				
勤務先	〒			
	TEL ()		FAX ()	
現住所	〒			
	TEL ()		FAX ()	
E-mail				
学 歴 ・ 職 歴				

研 究 課 題 (25字以内でお願いします)

研 究 概 要

論 文 名

掲 載 年 月

オンライン掲載のみの場合は
を入れて下さい

本研究における過去の受賞歴

受賞歴の有無

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

有 ・ 無

東京都医師会グループ研究賞応募用紙

(平成29年度)

ふりがな			代表者所属地区医師会
グループ名			
ふりがな		性別	男 ・ 女
代表者名		生年月日	(西暦) 年 月 日生 (年齢 才)
代表者連絡先	〒 TEL () FAX () E-mail		
グループ構成者 氏名(全員) ※都医非会員の方は ○で囲んで下さい			

代表者 学歴・職歴

年・月	履 歴

研究課題又は社会医学活動課題（25字以内でお願いします）

研究概要又は社会医学活動概要

本研究あるいは業績における過去の受賞歴

受賞歴の有無

本研究あるいは業績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

有 ・ 無