|  |
| --- |
| 整理番号 |
| 米　国 |  |
| 欧　州 |  |
| その他 |  |

**公益財団法人 日本リウマチ財団**

**海外派遣医申請書**

公益財団法人 日本リウマチ財団 理事長　殿

令和　 　年　 　月　 　日

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者 | 日本リウマチ財団評議員日本リウマチ学会評議員㊞氏　　名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連 　絡 　先名称・所在地 | 〒電 話： |
| 申 請者 | ふ り が な氏　　　　名(生年月日) | 　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （昭和 / 平成　 　 年 　　 月 　　日生 　 　歳） |
| 同ローマ字 |  |
| 専　　　　門 | 内　科 ・ 整形外科 ・ リウマチ科 ・ 小児科 ・ リハビリテーション科 ・ 基　礎 ・ その他（　　　　　　　　　　） |
| 所属機関科　　　　名職　　　　名 |  |
| 所属機関所在地 | 〒電　話：　　　　　　　　　　　　　E-mail： |
| 日本リウマチ財団　　　　 登録医登録日 | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月 |
| ＵＳＭＬＥ：　1.　有　　　2. 無 |

申請者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修計画 | 研修希望国 |  |
| 受入先について | 1. 決　定（受入案のコピー添付）2. 交渉中（往復書簡コピー添付）3. 未　定 |
| 研修（希望）・施設名・所在地・指導者名・研修内容 |  |
| 研修予定期間 | 令和　　年　　月　～　　　　　年　　月（　　年　　か月間） |
| **原則として、他の奨学金・支援金との重複はできません。他団体への申請中の場合、当財団にも申請できますが、以下にその旨の記載をお願いします。なお、他団体の支援金が決定された場合は、速やかにその旨を事務局にご連絡ください。** |
| 他団体への申請状況 |  |
| 学歴（大学より以降）および職歴（出来るだけ詳細に） |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |
| 昭和・平成 ・令和　　年　　月 |  |

申請者名

|  |
| --- |
| 海外での研修を将来の研究･診療にどのように役立てたいか（600字程度）。 |
|  |

申請者名

|  |
| --- |
| 研究業績：主なもの3編以内に○印を付し、別刷り各1部添付のこと　　　　　（多数の場合にはリウマチに関連するもののみとする。） |
| 著　　者 | 論　文　名 | 雑誌名、巻、号、頁(出版社名) | 年 |
|  |  |  |  |