**内視鏡医学研究医海外派遣助成申請書**

公益財団法人 内視鏡医学研究振興財団 理事長殿

標記助成事業につき下記の通り申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付No.

申請　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　受付　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 【申請者】  ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞　役職  　　　　昭和・平成　　　　年　　月　　日生（　　　歳）  施設名･所属  〒  住所  TEL E-mail | 【推薦者】  ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞　役職  施設名  〒  住所  TEL  推薦者は研究科長,学部長,研究所長,学長等,施設の最高責任者 |

|  |  |
| --- | --- |
| 【発表学会名・開催地】 | |
| 【開催期間】　　　　年　　月　　日　より　　　　年　　月　　日まで（　　　日間） | |
| 【発表形態】 | いずれか該当の形態を○で囲んで下さい。　　・Ｏｒａｌ　　・Ｖｉｄｅｏ |
| 注）ポスターは対象外です。　Ｗｅｂのみの参加は対象外です。 |
| 【発表テーマ】 | |
| 【発表内容（サマリー）】 | |
| 【他の助成機関への本件申請の有無】   1. 申請している 2. 申請していない | |

＊発表される学会よりの採用通知書の写しを添付して下さい。