

2020年度
横浜市立大学医学会賞申請書

研究者氏名	
所属・職	
E-mail	
研究課題（ <input type="checkbox"/> 基礎研究 <input type="checkbox"/> 臨床研究 いずれかに✓印をつけてください）	
①研究要旨及びこれまでの研究経過 ②国内外の関連する研究の中での当該研究の位置づけ ①，②につき簡単明瞭にご記入下さい。	
推薦者	
⑩	
推薦理由	

經 歷 書

年 月 日現在

ふりがな	男 ・ 女
氏 名	印
年 月 日生 (満 才)	
ふりがな	
現住所 〒 -	
電話番号 () -	

[illegible]

[illegible]

業 績 目 録

(氏名)

区分	番号 (区分毎)	1 原 著 (著者名・題名・誌名・巻・初頁～終頁・年, 学位論文には○印を付す, Corresponding Author には＊印を付す) 2 著 書 (著者名・書名・分担項目名・初頁～終頁・発行所・年) 3 学会発表 (主に特別講演・シンポジウム・国際学会等を記入; <u>発表者</u> ・題名・会名・ 場所・年) 4 加入学会 (学会名・役職名等) 5 受 賞 歴	Impact Factor をご記入 下さい

(氏名)

--	--	--	--

代表論文（5編まで）の要旨を400字以内でお書き下さい。

代表論文 1	
論文名	
著者名 (申請者に下線)	
掲載雑誌	巻、 頁～ 頁、 年
研究機関	
研究時期	次のいずれかに✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 大学院生時 <input type="checkbox"/> ポストドク時 <input type="checkbox"/> 研究室を主宰後 <input type="checkbox"/> その他
論文要旨 40字×10行 明朝 10.5p	

代表論文 2	
論文名	
著者名 (申請者に下線)	
掲載雑誌	巻、 頁～ 頁、 年
研究機関	
研究時期	次のいずれかに✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 大学院生時 <input type="checkbox"/> ポストドク時 <input type="checkbox"/> 研究室を主宰後 <input type="checkbox"/> その他
論文要旨 40字×10行 明朝 10.5p	

代表論文 3	
論文名	
著者名 (申請者に下線)	
掲載雑誌	巻、 頁～ 頁、 年
研究機関	
研究時期	次のいずれかに✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 大学院生時 <input type="checkbox"/> ポストドク時 <input type="checkbox"/> 研究室を主宰後 <input type="checkbox"/> その他
論文要旨 40字×10行 明朝 10.5p	

代表論文 4	
論文名	
著者名 (申請者に下線)	
掲載雑誌	巻、 頁～ 頁、 年
研究機関	
研究時期	次のいずれかに✓を入れてください。□大学院生時 □ポスドク時 □研究室を主宰後 □その他
論文要旨 40字×10行 明朝 10.5p	

代表論文 5	
論文名	
著者名 (申請者に下線)	
掲載雑誌	巻、 頁～ 頁、 年
研究機関	
研究時期	次のいずれかに✓を入れてください。□大学院生時 □ポスドク時 □研究室を主宰後 □その他
論文要旨 40字×10行 明朝 10.5p	