令和　３年　　月　　日

公益財団法人大阪府成人病予防協会令和　３年度成人病医学研究顕彰申請書

公益財団法人大阪府成人病予防協会会長　様

必ず枠内に収まるように記載してください。枠内に収まっていない場合は減点対象とします。

申請者　（注）申請論文の筆頭者に限る　氏名欄以外は電磁データをプリントした活字書きで結構です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |  | （生年月日） | | | | | | |
| 氏名（自署） |  | |  | 昭和・平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日生 |
| 所属機関名 |  | | 所属科（部）名 | |  | | | | | |
| 役職名 |  | | | | | | | | | |
| 職種 | （注）医師、歯科医師、研究員、看護師、薬剤師、診療放射線技師、検査技師、理学療法士、栄養士など | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 連絡先住所 | 〒 |  | | | | | | | | |
| 電話 |  | | E‐mail | |  | | | | | |

推薦者　（注）氏名欄以外は電磁データをプリントした活字書きで結構です。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |  |  | |
| 氏名（自署） |  | |  |
| 所属機関名 |  | | 所属科（部）名 | |  |
| 役職名 |  | | | | |
| 連絡先住所 | 〒 |  | | | |
| 電話 |  | | E‐mail | |  |
| 推薦理由 | （注）この申請論文そのものの推薦理由を記載してください。人物評価を書かないでください。 | | | | |

　次のとおりの論文について医学研究顕彰を受けたく申請します。

　なお、医学研究が顕彰の対象となったときは、これら研究論文に関する情報（氏名、所属、研究課題、研究内容、研究費用など）を情報公開することに異議ありません。

|  |
| --- |
| （申請書提出先）公益財団法人 大阪成人病予防協会  メール送付先：E-mail：[koubo@osyk.jp](mailto:koubo@osyk.jp)  メール件名：【令和３年度成人病医学研究顕彰：施設名：申請者名】 |
|  |

（注）１　申請書（原本）は必ず自署の上PDFで提出してください。

　　　２　申請書（原本）、申請書Wordデータ、論文を必ずセットで送付してください。

３　申請者1名につき申請の論文は１件のみです。

（別紙）

（注）　必ず枠内に収まるように簡潔明瞭に記載してください。枠内に収まっていない場合は減点対象とします。

[申請論文の詳細及び内容]

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表題　(注) 該当の表題に☑してください。 | | | | | | | |
| □　英語雑誌等の場合の表題　(注)原文と日本語訳の表題を書いてください。 | | | | | | | |
| （原文の表題） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| （日本語訳の表題） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| □　日本語雑誌等の場合の表題 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 論文が掲載された書籍名と掲載箇所 | | | | | | | |
| (注)　発刊誌の記載方法：*雑誌名（フルネーム）*, 巻: 最初頁－最終頁, 出版年．（DOIの記載は不要）  電子ジャール及びＥｐｕｂ　ａｈｅａｄ　ｏｆ　ｐｒｉｎｔの記載方法：雑誌名（フルネーム）, ＤＯＩ及び公示年、ページ数及び電子ジャール及び電子版の場合は論文が掲載されているオンラインアドレスを明示  対象：２０２０年　４月～２０２１年　３月に発行された論文 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 論文の種別　(注)該当項目に☑してください。 | | | | | | | |
| □ 原著 | | □ 症例報告 | | □ 統計調査報告 | | □ その他  （　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 別刷請求先（注）論文に掲載されている請求先の機関名、担当者名を記入してください。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| インパクトファクター　（注）２０２０年のインパクトファクターを記入してください。 | | | | | | | |
| □ あり　　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | □ なし | | |
| 共著者　（注）申請者を含みこの論文に関わった全ての者を記載してください。 | | | | | | | |
| 番号 | 氏　　　名 | | 論文発表時の所属名  (注)兼任も含めて記入してください。 | | | | 現在の所属名  (注)発表時と異なる場合のみ記入してください。 |
| ① |  | |  | | | |  |
| ② |  | |  | | | |  |
| ③ |  | |  | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 前頁の共著者の続き　（注）⑩まで記載し、全ての者を記載できない場合は用紙を追加して記載してください。 | | | |
| 番号 | 氏　　　名 | 論文発表時の所属名  (注)兼任も含めて記入してください。 | 現在の所属名  (注)発表時と異なる場合のみ記入してください。 |
| ④ |  |  |  |
| ⑤ |  |  |  |
| ⑥ |  |  |  |
| ⑦ |  |  |  |
| ⑧ |  |  |  |
| ⑨ |  |  |  |
| ⑩ |  |  |  |
| ⑪ |  |  |  |
| ⑫ |  |  |  |
| 申請論文に係る研究の目的・意義　(注)具体的に記入してください。 | | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| 申請論文に係る研究の成果　(注)現在までにあげた医学の成果、貢献を具体的に記入してください。 |
|  |
| 申請論文に係る今後の計画　(注)具体的に記入してください。 |
|  |