令和　５年　　月　　日

令和　５年度成人病医学研究顕彰申請書　［Ｂ－２］

公益財団法人大阪府成人病予防協会会長　様

（注）１　Ｗｏｒｄ形式フォントＭＳ明朝サイズ１０.５で入力すること

２　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することがあります。（必ず４頁に収めること。）

３　申請書の用紙は全て片面印刷（複写）して提出してください。

申請者　（注）申請論文の筆頭者に限る　氏名欄のみ自署。電磁データは入力してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）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 | |  | | | | | |
| 申請論文  の表題名 | （注）英語雑誌等の場合は日本語訳の表題名を書いてください。 | | | | | | | | | |

推薦者　（注）氏名欄のみ自署。電磁データは入力してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | |

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。

（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。

次項目へ

（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)原文と表題の日本誤訳を書いてください。 | | | | | | | |
| （原文の表題） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| （表題の日本語訳） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| □　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URL明示  対象：２０２２年　４月～２０２３年　３月に発表された論文 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 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）２０２２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 |  | |  | | | |  |
| ④ |  | |  | | | |  |

次項目へ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 前頁の共著者の続き  （注）全ての者を記載できない場合はこの用紙（形式）を複写し追加部分のみ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。 |
| ⑤ |  |  |  |
| ⑥ |  |  |  |
| ⑦ |  |  |  |
| ⑧ |  |  |  |
| ⑨ |  |  |  |
| ⑩ |  |  |  |
| ⑪ |  |  |  |
| 申請論文に係る研究の目的・意義  （注）具体的、簡潔明瞭に記入してください。枠内に収まらない場合は減点対象となる場合があります。 | | | |
|  | | | |

次項目へ

|  |
| --- |
| 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、簡潔明瞭に記入してください。枠内に収まらない場合は減点対象となる場合があります。 |
|  |
| 申請論文に係る今後の計画  （注）具体的、簡潔明瞭に記入してください。枠内に収まらない場合は減点対象となる場合があります。 |
|  |