

受付 No. \_\_\_\_\_

受付年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 「琉球医学会 優秀論文賞」 応募申請書

琉球医学会 御中

琉球医学会事業「優秀論文賞」公募に際し、別紙推薦状および原著論文別刷り等を添えて応募します。尚、応募するにあたって、以下の項目に同意します。

- (1) 本申請書および添付資料に記載されている事項が、優秀論文賞の選考等に必要な範囲で、選考委員、理事に閲覧されること（琉球医学会優秀論文賞選考規定第5、7条関連）
- (2) 受賞が決定した場合、氏名、所属、受賞原著論文名等の情報が琉球医学会事務局等を通じ公開されること
- (3) 受賞者が決定した場合、本学会会員の相互啓発に貢献すること（琉球医学会優秀論文賞選考規定第8条）
- (4) 優秀論文賞の選考に重大な影響を与える故意の記載が申請書等になされていることが発覚した場合、受賞後であっても受賞が取り消されること
- (5) 受賞原著論文が何らかの理由で掲載学術雑誌から撤回された場合、受賞が取り消されること（琉球医学会優秀論文賞選考規定第10条）

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申 請 書	ふりがな 氏 名 (研究グループとして応募 する場合、その代表者名)	印  ( 年 月 日生 歳)	
	所属機関等 職 名	最終学歴	学位
	所属機関等 所在地		
	TEL.	F A X	
	E-mail		
	琉球医学会への関与 (いずれかに○を付す。申 請者が非会員の場合、本 医学会会員となっている 共著者名を記入する)	1. 正会員    2. 学生会員    3. 非会員  申請者が3.の場合、琉球医学会所属の共著者名1名を下記に 記入する	

<p style="text-align: center;">応募する領域*</p> <p>* 申請者の所属分野ではなく、 応募論文の内容に適合した研究 領域を○で囲んで下さい</p>	<p>1. 臨床医学    2. 基礎医学    3. 保健学    4. その他</p>
<p style="text-align: center;">ふりがな</p> <p>推薦者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">所 属・ TEL</p> <p>(推薦者が、応募論文の共著者 でも問題は無い)</p>	
<p style="text-align: center;">原 著 論 文 題 名</p> <p>(和文の場合は、和文で記入)</p>	
<p style="text-align: center;">著 者 名</p> <p>論文の記載順に全ての著者名を 列記し、申請者名にアンダーラ インを付す</p>	
<p style="text-align: center;">掲載雑誌名</p> <p>インパクトファクター (IF) (公表されている場合、最新の 値を記入する)</p> <p style="text-align: center;">査読制度の有無 (いずれかに○を付す)</p>	<p>IF 値;</p> <p>1. 有り    2. 無し</p>
<p style="text-align: center;">原著論文の掲載年月</p>	<p>雑誌への掲載に至っていない場合、論文の受理年月日を記入 (編集責任者からの手紙、メール等を添付し、掲載が確認された時点で、本医学会事務局に連絡する)</p>
<p style="text-align: center;">備考</p> <p>(記載したい事項等が有れば、 記入する)</p>	