**【　2024年度フェローシップ申請書　】**

**写真貼付**

4×3cm

撮影後3ヶ月以内

正面、脱帽、

上半身のものを

貼付すること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請日 | 年　　　月　　　日 | |
| 会員番号 | T | |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | |
| **申請者氏名** |  | |
| **ローマ字** |  | |
| **推薦者氏名** | |  |
| **推薦者所属施設** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **申請を希望するフェローシップ**  ＊募集要項をよくご確認の上、申請を希望するものにチェックをしてください  ＊同時申請を希望する方は両方にチェックしてください。 | **□ JATSフェローシップ**  **□ JATS/AATS Foundation Fellowship** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **生年月日** | 西暦　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　歳 | |
| **勤務先施設名** |  | |
| **勤務先住所** | 〒 | |
|  | TEL: | FAX: |
| **E-Mail** |  | |
| **自宅住所** | 〒 | |
| **TEL** |  | |
| **本籍** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **最終学歴** |  |
| **外科専門医取得年月日** | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| **その他の専門医資格**  ＊取得された専門医資格すべてにチェックをしてください | □心臓血管外科専門医　□呼吸器外科専門医  □消化器外科専門医（□食道外科専門医） |
| **上記専門医資格取得年月日** | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| **外科臨床経験年数** | 年 |
| **英語資格** | TOEFL 点　/　TOEIC 点　/　IELTS 点　/　英検　級  その他： |
| **海外留学及び研修経験**  ＊留学先・期間を記入  ＊近い将来に予定されている場合も記入すること |  |
| **志望する施設** | 第一希望：  第二希望： |

**【 志 願 動 機 】**

|  |
| --- |
|  |

＊以下の申請書類をそろえて2023年12月1日（必着）までに下記送付先まで郵送で提出すること。

（１）本申請書（２）履歴書：日本語で記載のもの（３）履歴書：英語で記載のもの（４）主要論文の複写（10編以内）（５）所属施設の修練指導医からの推薦書 (様式自由)（６）外科専門医認定証の複写（７）心臓血管外科専門医・呼吸器外科専門医・消化器外科専門医（または食道外科専門医）のうち、取得している認定証の複写（８）英語資格試験のスコアの複写（TOEFL、TOEIC、IELTS等）＊応募時点で会員区分が「専門医会員」であることと会費を完納していることが条件です。

本紙ならびに業績の複写はすべてA4サイズに揃えて印刷し、順番に並べて提出すること。（ホチキス留めはしない）

**送付先：〒112-0004　東京都文京区後楽2-3-27　テラル後楽ビル１Ｆ　日本胸部外科学会　フェローシップ係**

**【 2024年度フェローシップ申請書　業績一覧 】**

**【 学 会 発 表 】**

＊これまでの**学会発表すべて（筆頭演者のみ）**をご記入願います。

＊**学会発表業績のコピーのご提出は不要**です。

＊番号を付け、次の要領で配列して下さい。

(1) 国際学会と国内学会に分類

(2) 年代の新しいものから順に

＊必要に応じ、記入枠を広げてご利用ください。

|  |
| --- |
| **【 学会発表 】** |

**【 論 文 業 績 】**

＊これまでの**論文業績すべて（筆頭・共著）**をご記入願います。

＊**論文業績のうち、主要論文10編以内（共著含む）のコピーをご提出**願います。

＊番号を付け、次の要領で配列して下さい。

(1) 欧文と和文に分類

(2) 年代の新しいものから順に

＊必要に応じ、記入枠を広げてご利用ください。

|  |
| --- |
| **【 筆頭論文 】** |

|  |
| --- |
| **【 共著論文 】** |