

【 2024 年度フェローシップ申請書 】

申請日	年 月 日
会員番号	T
フリガナ	
申請者氏名	(印)
ローマ字	
推薦者氏名	
推薦者所属施設	

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

<p>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。</p>	<p><input type="checkbox"/> JATS フェローシップ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> JATS/AATS Foundation Fellowship</p>
---	--

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 <small>*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</small>	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医 <input type="checkbox"/> 消化器外科専門医 (<input type="checkbox"/> 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 <small>*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</small>	
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 1 F 日本胸部外科学会 フェローシップ係

【 2024 年度フェロシップ申請書 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 】