

第10回 大阪府臨床麻酔科医会 Award

会長賞・奨励賞会長賞応募用紙

年 月 日

大阪府臨床麻酔科医会 御中

1. 応募者

フリガナ  
氏 名

(ローマ字)

年 月 日生

(満 才)

施設名 (教室名)

役 職

所在地 〒

E-mail :

電 話 ( ) - -

( ext. )

連絡先 ( ) - -

2. 応募論文

表 題

掲載雑誌・メディア (応募論文のコピー6部を同封ください。)

雑誌名

巻 (号): ページ, 年 ( ) : ~ , .

3. 共著者論文掲載順

フリガナ  
氏 名

研究機関

役 職

4. 要約(日本語)

5. 応募者の経歴 (最終学歴以降、学位など)

医会受領 年 月 日。

〈応募書類送付先・お問合せ先〉

〒567-0810 茨木市宮元町 1-11 ももたろう痛みのクリニック内  
大阪府臨床麻酔科医会 Award 選考委員会 宛  
TEL : 072-627-8369 FAX : 072-646-6899  
E-mail : o.masui1983@gmail.com