**日本股関節学会**

**KHS exchange fellowship**

**申請書**

(西暦)　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 生年月日 | 年　　月　　日（西暦）  年齢　　　　　歳 |
| 英　　名 |  | | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 勤 務 先 |  | | | |
| 職　　名 |  | | | |
| 勤 務 先  所 在 地 | 〒 | | | |
| ＴＥＬ：　　　－　　　－ | ＦＡＸ：　　　－　　　－ | | |
| E-mail： | | | |

KHS exchange fellowshipの参加を希望し応募します。

　　年　　月　　日（西暦）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **履　歴　書** | | | | 年　　月　　日現在 | | | | | | 写真をはる位置   1. 縦　36～40㎜   横　24～30㎜   1. 本人単身胸から上 2. 裏面のりづけ | |
| ふりがな | | | | | | | | | |  | |
| 氏　　名 | | | | | | | | | |
|  | 年 |  | 月 | |  | 日生（満 |  | 歳） | ※ |
| 男　・　女 |
| ふりがな | | | | | | | | | | | 電話 |
| 現住所　〒 | | | | | | | | | | |  |
|  |
| ふりがな | | | | | | | | | | | 電話 |
| 連絡先　〒  （現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） | | | | | | | | | | |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴・職歴（大学卒業以降の学歴・職例を各別にまとめて書く） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**応募の動機や抱負（小論文形式）**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**業績目録**

●論文

著者名、タイトル、掲載誌、発行年、

●学会発表

発表者名、タイトル、学会名、発表年

●受賞歴

賞名、授与機関、受賞年

●海外留学歴

期間、留学先国名、留学先施設名

**日本股関節学会**

**KHS exchange fellowship**

**推薦書**

一般社団法人日本股関節学会

理事長　殿

私は、本学会会員 　　　　　 　　　　　　 氏を、本学会KHS exchange fellowship

における対象者として適格であると思量し、ここに推薦いたします。

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者（本学会評議員） | |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 所属機関 |  |
| 職　　名 |  |

**日本股関節学会**

**KHS exchange fellowship**

**推薦書**

一般社団法人日本股関節学会

理事長　殿

私は、当施設に勤務する 　　　　　 　　　　　　 氏を、貴学会KHS exchange fellowship

における対象者として適格であると思量し、ここに推薦いたします。

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者（施設責任者・勤務先責任者） | |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 所属機関 |  |
| 職　　名 |  |

**日本股関節学会KHS exchange fellowship**

**承諾書**

一般社団法人日本股関節学会

理事長　殿

申請者氏名

上記の者、日本股関節学会のKHS exchange fellowshipによる海外研修に参加することを

承諾致します。

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設責任者 | |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 所属機関 |  |
| 職　　名 |  |

【註】

・施設長の印は、公印を押印してください。

・施設長は、大学勤務の場合は教授、病院、施設勤務の場合、病院、施設の責任者となります。