

「愛橋医学奨励賞」応募チェックシート

「愛橋医学奨励賞」へご応募される方は下記チェックシートにて審査基準及び書類等に不備がないか再度ご確認くださいご応募いただきます様お願い致します。

終身会費（¥ 150,000）完納

申請書

※ 共同研究者がおられる場合（必須）

1. 必ず共同研究者ご本人のサインをお願いします。
2. 共同研究者の方に直接サインが頂けない場合はメール等応募に対し、ご同意頂けた内容書類の添付をお願いします。

誓約書

履歴書

研究内容

※ 学会発表論文に関しては学会誌の表紙及び抄録のコピー添付で可

推薦状（ある方のみ）

- ◎ チェックシートをご利用頂きありがとうございました。
「愛橋医学奨励賞」へのご応募書類とあわせてこちらのチェックシートもご提出いただきます様お願い致します。

〒480-1195
愛知県長久手市岩作雁又1番地1
一般社団法人 愛知医科大学同窓会
愛橋学術委員会
TEL 0561-62-3311（内 12940）
FAX 0561-62-4065
e-mail:dousou-k@aichi-med-u.ac.jp