**誓 約 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

愛知医科大学同窓会　愛橘会

　会長　　○○ ○○ 殿

私は　　　　　　を申請するに当たり、下記であることを誓います。

1. 愛知医科大学同窓会の正会員であります。
2. 同窓会会費を納入済みであります。
3. 受賞後に不正行為が発覚した場合、受賞撤回し副賞金または助成金を全額返金いたします。
4. 細則規定に従い、結果報告をいたします。

申請者

住所：

所属：

TEL・FAX：

E-mail :

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

書式2（**愛橘医学奨励賞**）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

**申 請 書**

愛知医科大学同窓会　愛橘会

　会長　　○○ ○○ 殿

以下に内容を記入し、同窓会総会での発表を希望し申請いたします。

研究題名：

研究内容（要旨：８００字以内）

（学会発表した論文に関しては、学会誌の表紙と抄録のコピーを添付することで可）：

申請者　　　学年・氏名

共同研究者　学年・氏名