

令和6年度第17回福岡県医学会賞論文申請書

様式1

ふりがな		男・女	年齢	医師会名・県医会員区分(○印をお願いします)
氏名			歳	医師会 (A, B1, B2, C)
住所・医療機関名・(所属科)			役職	
〒				
電話番号		メールアドレス		
-		-		
研究題名				
研究内容 (日本語で850字以内でご記入ください。)				
【研究目的】				
【対象】				
【方法】				
【結果】				
【考察】				
論文掲載雑誌名			当該研究で表彰を受けたことが <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
掲載時期	2023年 月			
[大学以外に勤務する医師]		[大学に勤務する医師]		
医師会名 会長名	印		大学名 医学部長名	印

※論文（原著が印刷になっているものは別冊）を提出してください。

※所属の都市医師会長もしくは大学医学部長に提出し、印をもらってください。