|  |
| --- |
| ＊この欄には記入しないで下さい |
| 受付日 |  |
| 整理番号 |  |

日本歯科医学教育学会優秀論文賞　推薦申請書

(当該年度に発行された論文に限ります．電子ジャーナルも対象と

なります)

|  |
| --- |
| 日本歯科医学教育学会優秀論文賞 |
| ふりがな被推薦者氏名 |  |
| 被推薦者の所属機関・部局名・職名 |  |
| 優秀論文賞 | 論文題名：著者氏名：発表誌名：　　　　　　第　　巻　　号　　　　　頁～　　頁（　　　年　　月発行） |
| 被推薦者連絡先 | 所属機関所在地 | 〒 |
| 自宅 | 〒 |
| 推薦者氏名 |  | 印 |
| 所属機関名 |  |
| 所属機関所在地 | 〒 | TEL： |  |
| E-mail： |  |
| 推薦理由（詳細にご記入下さい） |
|  |

|  |
| --- |
| 被推薦者の生年月日：　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 最終学歴：　　　　　　　　　　　　　　　　　　大学　　　学部　　　学科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　卒業　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大学大学院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　修了 |
| 参考論文〔著者名：論文題名．発表誌名，巻（号）：頁，発行年．〕　申請に関するもののみを記入して下さい（数が多い場合は主要な論文のみを記載して下さい） |
|  |
| 受賞歴（名称・賞の内容・年月を記入して下さい） |
|  |
| ＊審査結果 |
| ＊学会入会日：昭和・平成 　　年 　　月 　　日 |

＊この欄には記入しないで下さい

日本歯科医学教育学会優秀論文賞

共著者の同意書

被推薦者氏名：

論文題名：

発表論文の掲載誌名・巻号・頁・年

上記の業績を日本歯科医学教育学会「優秀論文賞」に申請することに同意致します（共著者全員）．

|  |  |
| --- | --- |
|  | 印 |
|  | 印 |
|  | 印 |
|  | 印 |
|  | 印 |
|  | 印 |
|  | 印 |
|  | 印 |
|  | 印 |
|  | 印 |