

第 19 回（平成 25 年度）  
日本炎症・再生医学会奨励賞応募申請書

※ 受 付
日付：
番号：

(※)この欄には記入しないでください

20 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日
申請者氏名	印	19 年 月 日 (満 歳)
所属機関所および 職 名	専攻分野	
	学位	
所属機関所在地	(〒)	(電話) (FAX) (E-mail)
自宅住所	(〒)	(電話) (FAX)
推薦者	印	推薦者（日本炎症・再生医学会評議員）の自筆であること
推薦理由		
日本炎症・再生 医学会会員歴	年	炎症・再生医学 研究 歴 年
日本炎症・再生医学 会学会発表回数	一般演題 回 シンポジウム 回	ワークショップ 回 その他( ) 回
大学卒業後の 研究歴		

提出論文題名 全著者名、雑誌名 (または書名) 巻、ページ、発表年	
提出論文の要旨を 1000 文字以内の日本語で以下の余白にワープロまたはパソコンで記入してください。	

これまでに発表した論文の中から主なもの（炎症・再生医学にはこだわらない）を10編以内選び、以下の余白に記入してください。論文題目、全著者名、雑誌名（または書名）巻、ページ（始まり）～ページ（終わり）、発表年。また、その中から代表的な論文の別刷1部を提出してください。