次世代研究者挑戦的研究プログラム（SPRING）

「京都府立医科大学Medical Innovationフェローシップ」申請書

　令和７年度SPRING京都府立医科大学Medical Innovation フェローシップ（SPRINGフェローシップ）を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　京都府立医科大学長　夜久　均　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申　請　者　主科目名（学年）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | ふりがな | 生年月日（年齢） | 　　　年　　月　　日年齢　　歳 |
| 漢字 |
| Alphabet |
| 医学研究科主科目 | 学 | 大学院入学年 | 令和　　　　　　　　　年 |
| 略歴大学卒業以降 | **年　３月　◯◯◯◯◯◯大学　◯学部　◯学科卒業**　　　　　　　　　　　 |
| 大学院の研究活動の抱負（実現したい研究や技術開発等） | *（文字数に制限はありません。スペースが足りない場合は適宜記述欄を延長するなど変更していただいて構いません。）* |
| 研究や臨床におけるこれまでの活動実績（論文・学会発表・症例報告等）※上記大学院の研究活動に関連する実績には前に〇印を付けること | *（＜論文＞＜学会発表＞＜症例報告＞＜その他の発表＞など項目別に実績を記載してください。）**（文字数に制限はありません。スペースが足りない場合は適宜記述欄を延長するなど変更していただいて構いません。）* |
| 将来展望（希望するキャリアパス） | *（文字数に制限はありません。スペースが足りない場合は適宜記述欄を延長するなど変更していただいて構いません。）* |
| 本フェローシップを受給したい理由（経済的状況等） | *（文字数に制限はありません。スペースが足りない場合は適宜記述欄を延長するなど変更していただいて構いません。）* |
| アルバイト等の就業見込（時間／週　等） | *（文字数に制限はありません。スペースが足りない場合は適宜記述欄を延長するなど変更していただいて構いません。）* |
| 上記SPRINGフェローシップの申請につき、承認しています。　　年　　月　　日大学院医学研究科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |