# JSTCT2024若手優秀研究賞　申込様式

以下のように、JSTCT2024若手優秀研究賞に応募します

　　年　　月　　日　　署名：

## ①申込者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | ふりがな |  |
| JSTCT会員番号 |  | 生年月日  ※応募資格は2025年1月末時点で40歳未満となります |  |
| 職種  ※○で囲むか、該当以外を消去 | 医師　看護師　HCTC　臨床検査技師　薬剤師　理学療法士　作業療法士　栄養士　歯科医師 歯科衛生士　臨床心理士　医療ソーシャルワーカー　製薬企業所属　その他（　　　　　　　） | | |

## ②所属・連絡先情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属名 |  | | |
| 所属住所 |  | | |
| 電話番号 |  | E-mail |  |

## ③第46回総会での発表情報　※申込者が筆頭演者である必要があります

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 演題番号 演題名 |  |  |

## ④上記③を元にした研究の投稿情報　※申込者が筆頭著者、あるいは責任著者である必要があります

|  |  |
| --- | --- |
| 論文タイトル |  |
| 著者名 |  |
| 雑誌(ジャーナル)名 |  |
| 発行年(西暦) 巻数 頁数 |  |
| DOIもしくはURL |  |
| 掲載受理日  ※応募資格は2025年1月末まで |  |