（西暦）　　　　年　　 月　 日

日本網膜硝子体学会　理事長 殿

日本網膜硝子体学会　“IRD研究推進タスクフォース”

申請書

下記内容の通り、貴学会が主催するプログラムへの参加を申請致します。

**１．申請者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ り が な | 　 | JRVS会員番号 |
| 氏　　　名 | 　 |  |  |
| 生年月日（西暦） | 　 | 年齢 | 　　 |
|
| 所属機関名 | 　 |
| 職名 | 　 |
|
| 所属機関住所 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 所属機関TEL | 　 |
| E-mail | 　 |

**２．略歴**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年  | 月  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**３．志望動機 (400文字程度)**

|  |
| --- |
|  |

**４．自己アピール (研究歴等、400文字程度)**

|  |
| --- |
|  |

**５．所属機関責任者の承認　あり　・　なし
（承認した指導医の氏名：　　　　　　　　　　）**

※本プログラムでは、原則として所属機関の責任者の承認を必須としています。
総合病院や大学では、眼科部門の責任者の承認で問題ありません。