様式１

医療創薬デザイン人材養成フェローシップ**申請書**

令和　　年　　月　　日

　私は、申請資格を確認の上、令和5年度 医療創薬デザイン人材養成フェローシップに申請します。

**１．申請者**（令和5年４月１日時点（予定）で記入のこと）

フ リ ガ ナ

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：□男　□女

生年月日：　　年　　　月　　　日生（　　歳）

住所：〒

TEL：

E-mail：

学歴（学部卒業以降）：

・特記事項（該当する事項の□をチェック）

□臨床研究を課された医学系分野に在籍していた

□出産・育児等のライフイベントを経ている等

　ライフイベントによる中断期間：

研究科：　　□医学　　□薬学　　　学籍番号（入学予定者は空欄でよい）

課　程：　　□博士後期課程（３年制）　　□博士課程（４年制）

専　攻：

分野・講座名：

学　年：　　□１年　　□２年

指導教員名：

**２．これまでの研究活動**（修士課程あるいは4年制博士課程の1年次における研究課題、研究内容）

研究課題名

研究内容

**３．論文および学会発表リスト**

論文（査読の有無、著者名（申請者に下線）、題名、雑誌名、巻号、ページ、発行年を記載のこと）

学会発表（口頭/ポスターの別、著者名（申請者に下線）、題名、学会名、開催場所・年・月を記載のこと）

その他（特許、受賞等）

**４．これからの研究計画等**(研究課題名、研究目的、研究の特色、研究計画）

研究課題名

研究目的

研究の特色・独創的な点

研究計画(令和５年度から７年度まで年度ごとに記載のこと）

研究計画(続き）

**５．今後の抱負と将来展望**

(申請に至った経緯、今後の院生としての研究の抱負、学位取得後の研究者としての将来の抱負や希望等)

**５．主な論文および学会発表リスト**

様式2

医療創薬デザイン人材養成フェローシップ推薦書

令和　　年　　月　　日

　私は、下記の学生を令和　年度 医療創薬デザイン人材養成フェローシップに推薦します。

推薦者の所属　薬学研究科・　医学研究科　　職名：

推薦者の氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

申請者の氏名：