|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第23回日本基礎理学療法学会学術大会**  **大学院生旅費補助制度申請書** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 日本基礎理学療法学会　御中 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **1.** | **申 請 者**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生 | | | | | |  | |
|  | 1)　氏 名 | | | ローマ字 | | | |  |
|  |  | | |  | | | |  |
|  | 2)　所属機関(教室名まで) | | | | 課程（どちらかに✔をつけてください） | |  | |
|  |  | | | | □　修士課程（博士前期課程）[Ｍ　　]  □　博士課程（博士後期課程）[Ｄ　　　] | |  | |
|  | 3)　所在地 | | | | | |  | |
|  | 〒    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　X： | | | | | TEL： |  | |
|  | FAX： |  | |
|  | E-mail： |  | |
|  | 4)　自宅住所 | | | | | |  | |
|  | 〒 | | | | | |  | |
|  | 5)申請者の略歴 | | | | | |  | |
|  | 年 | 月 | 学歴・職歴 | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  | |
|  | 6) 理学療法士協会会員番号 | | | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| **2.** | | | **演題について** | | | | |  |
|  | 7）発表演題名 | | | | | | |  |
|  | 発表者氏名（全員） | | | | | | |  |
|  | 8）今回の研究で学術的に特に注目すべき点等について、自由に記載して下さい（図表も使用可）。 | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| **3.** | | **推　薦　書** | | | | | |  | |
|  | | 推薦者（指導教官）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
| **4.** | | **共同発表者の同意書** | | | | | |  | |
|  | | ※本同意書に共同発表者の自筆署名を受けた後、全てのページをＰＤＦ化して添付ファイルとして大会事務局に電子メールで送信すること。ファイル名：旅費補助申請\_氏名.pdf　とすること | | | | | |  | |
|  | | 申請者の所属機関： | | | | | |  | |
|  | | 申請者氏名： | | | | | |  | |
|  | | 発表演題名： | | | | | |  | |
|  | | 私は、申請者が募集要項3に掲げる応募資格を満たすことを確認したうえで、上記業績を第23回日本基礎理学療法学会学術大会大学院生旅費補助制度に申請することに同意致します（共同発表者全員）。 | | | | | |  | |
|  | | 所属機関名 | |  | 署名（自筆） |  | 記入日 |  | |
|  | |  | |  |  |  |  |  | |
|  | |  | |  |  |  |  |  | |
|  | |  | |  |  |  |  |  | |
|  | |  | |  |  |  |  |  | |
|  | |  | |  |  |  |  |  | |
|  | |  | |  |  |  |  |  | |
|  | |  | |  |  |  |  |  | |